



Torremolinos

AYUNTAMIENTO

Red Local de Acción en Salud (RELAS)

TORREMOLINOS

Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol



Red Local de
Acción en
Salud



Índice

❖ Introducción - Justificación.

❖ Bloque I. Características socio-demográficas y económicas.

❖ Bloque II. Principales problemas de salud. Morbilidad.

1. Principales enfermedades en el municipio.
2. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs).
3. Cáncer.
4. Cribado de cáncer.
5. Vacunación infantil.

❖ Bloque III. Mortalidad.

1. Tasa mortalidad y evolución.
2. Años potenciales de vida perdidos (APVP) y mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE).
3. Causas de mortalidad.

❖ Bloque IV. Factores determinantes de la salud. Estilos de vida.

1. Alimentación saludable y actividad física.
2. Salud sexual.
3. Adicciones. Tabaquismo.
4. Violencia de género y maltrato infantil.
5. Programas de Promoción de la Salud en el Distrito Costa del Sol.
6. Conclusiones sobre factores determinantes de la salud y estilos de vida.

❖ Bloque V. Unidad de protección de la salud: ámbito alimentario y ambiental.

1. Seguridad alimentaria.
2. Sanidad ambiental.

❖ Introducción - Justificación.

La **Salud Pública** es el conjunto de actividades organizadas por la Administración Pública, con la participación de la **sociedad**, para prevenir la mala salud, así como proteger, promover y recuperar la salud de la población, tanto en el ámbito individual como colectivo y mediante medidas sanitarias, sociales, sectoriales y transversales.

En el año 2008 y por iniciativa del Servicio de Epidemiología y Salud Laboral de la Consejería de Salud Pública de la Junta de Andalucía, se inicia la creación de la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (RELAS). Se realiza para ello un estudio basado en el análisis epidemiológico de áreas pequeñas, llevado a cabo por los Distritos de Atención Primaria de Salud (APS) del Servicio Andaluz de Salud (SAS), dentro de los objetivos del Contrato Programa.

Con este proyecto, lo que se pretende es ayudar a los municipios andaluces a mejorar la salud de sus poblaciones encontrando recursos y activos como asesoramiento, apoyo y guía para iniciar su Plan Local de Salud (PLS), que es el instrumento básico para la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de Salud Pública.

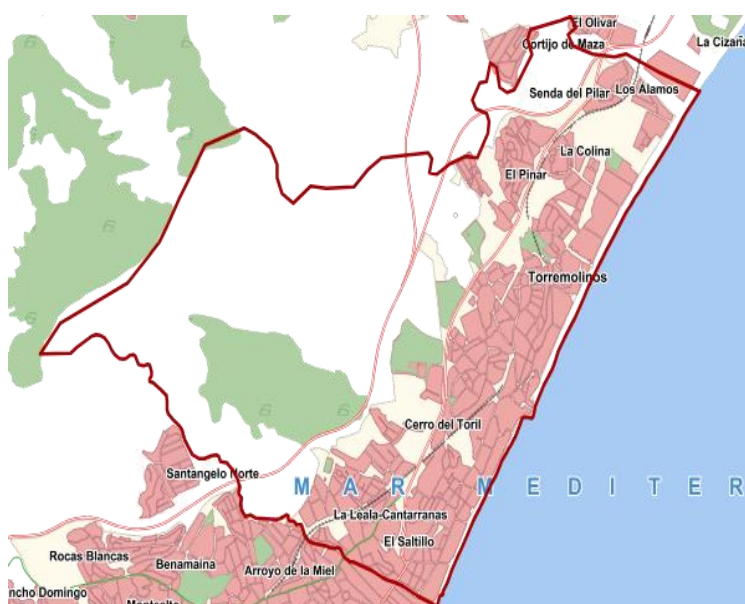
El objetivo de este informe es describir la población del área mediante una serie de indicadores demográficos, socioeconómicos, de salud y de servicios de atención sanitaria. Se pretende que sea una “fotografía” que ayude a políticos, gestores y profesionales de los servicios públicos a identificar necesidades, inequidades y deficiencias de la salud poblacional, sus determinantes y la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios.

Las características de cada municipio dictan el patrón de realización del informe de salud, las fuentes de información de los datos y los indicadores que se obtienen.

Ordenación territorial

Torremolinos es un municipio de la provincia de Málaga el cual, de municipio independiente pasó a anexionarse a Málaga en 1924 para luego segregarse de la capital el 27 de septiembre de 1988.

Está situado en la orilla occidental de la bahía de Málaga y a espaldas de la sierra de Mijas, en la comarca de la Costa del Sol Occidental, con una extensión de 19,9 km² a 14,2 km de la capital de la provincia. Su climatología es mediterránea y goza de temperaturas máximas comprendidas entre los 15 y los 30 °C y una humedad del 75% aproximadamente.



En términos de administración sanitaria, el **sistema público** depende del Sistema Sanitario Andaluz de Salud (SAS). El municipio de Torremolinos queda cubierto a nivel hospitalario por el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, del cual depende el centro de hospitalización Hospital Marítimo de Torremolinos. El municipio cuenta con un centro de diálisis concertado (Centro de diálisis de Torremolinos) y con un centro de salud mental localizado en el mismo Hospital Marítimo. En cuanto Atención Primaria pertenece al Distrito Sanitario Costa del Sol, en la Zona Básica de Salud de Benalmádena - Torremolinos, con dos centros de salud propios en el mismo municipio (Centro de salud San Miguel y Centro de salud La Carihuela).

DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

MAPA DE UBICACIÓN DE CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS



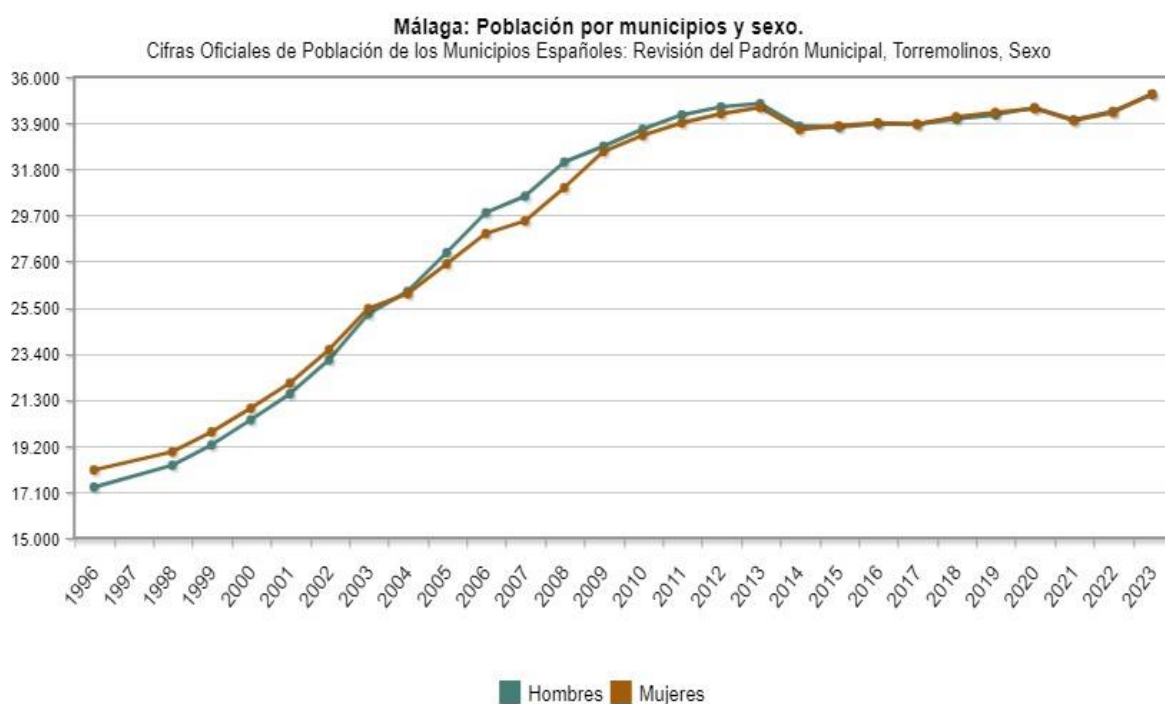
Historia

La historia de Torremolinos, en la Costa del Sol, se remonta a la época romana, cuando era un asentamiento vinculado a la pesca y al comercio. En la Edad Media, bajo dominio musulmán, formó parte del Reino de Granada y se construyeron en la zona torres vigías, de ahí su nombre junto con la gran cantidad de molinos de agua que existían. Tras la Reconquista, fue un modesto pueblo agrícola y pesquero hasta que en el siglo XIX comenzó a destacarse por su turismo, especialmente después de la construcción de la línea ferroviaria en 1890. Sin embargo, fue a mediados del siglo XX, con el auge del turismo internacional, cuando Torremolinos experimentó una transformación radical, convirtiéndose en un destino pionero del turismo de masas en España. Su modernización y popularidad se consolidaron en los años 60 y 70, siendo un referente para turistas de todo el mundo.

❖ Bloque I. Características socio-demográficas.

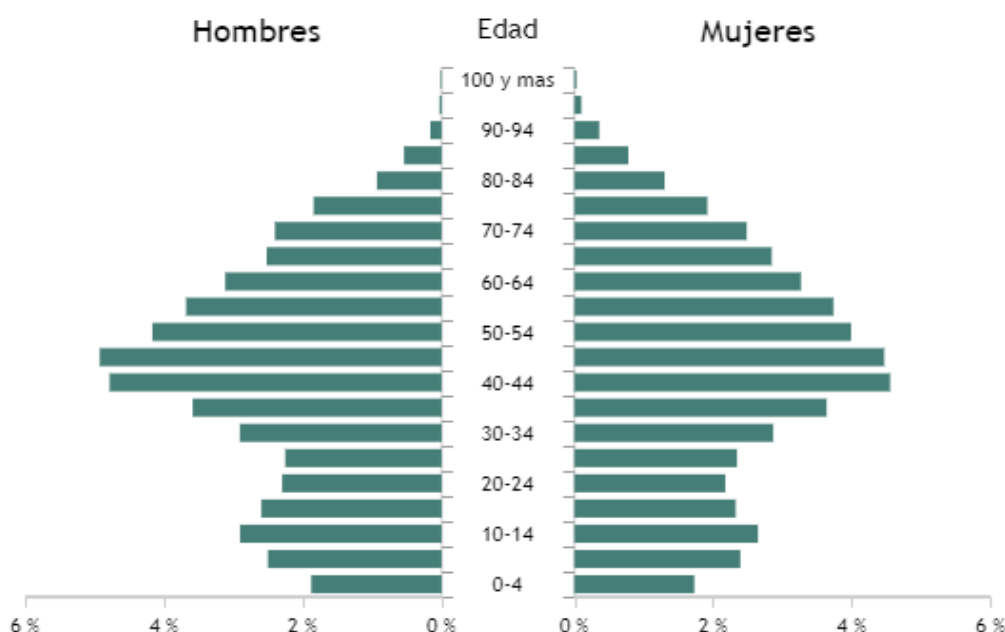
1. Pirámide de población y evolución de la población

El municipio cuenta con una población total de **70.434 habitantes (INE 2023)**, 49,99% hombres y 50,01% mujeres, siendo la población total en el único núcleo del municipio de 70.433 personas y la población en diseminados de 1 (IECA 2023). La densidad de población de 35,37 hab./km².



Fuente: INE. Población de Torremolinos por sexo.

La **edad media** de la población de Torremolinos en 2022 fue de **43,6 años** (IECA), más envejecida que la media provincial del mismo año (42,87) y que la del año 2023 (43,03) (fuente: INE); pasando lo mismo con la media de edad autonómica para el mismo año (42,73) y para el 2023 (42,96) (fuente: INE). Respecto a la pirámide poblacional destacar que tiene porcentajes de población en menores de 16 y en mayores de 65 años inferiores a 20% (15,14% y 18,28% respectivamente) (fuente: INE).



Fecha de referencia:

1 de enero de 2022

Fuente: INE. Población de Torremolinos por grupos de edad quinquenales.

La población por sexo y grupo quinquenales es la siguiente:

	Total	Hombres	Mujeres
1 de enero de 2022			
29901 Torremolinos			
Todas las edades	68.819	34.437	34.382
De 0 a 4 años	2.484	1.293	1.191
De 5 a 9 años	3.369	1.722	1.647
De 10 a 14 años	3.820	1.998	1.822
De 15 a 19 años	3.388	1.787	1.601
De 20 a 24 años	3.079	1.581	1.498
De 25 a 29 años	3.164	1.550	1.614
De 30 a 34 años	3.973	2.000	1.973
De 35 a 39 años	4.969	2.467	2.502
De 40 a 44 años	6.423	3.291	3.132
De 45 a 49 años	6.462	3.389	3.073
De 50 a 54 años	5.612	2.867	2.745
De 55 a 59 años	5.103	2.533	2.570
De 60 a 64 años	4.393	2.145	2.248
De 65 a 69 años	3.692	1.734	1.958
De 70 a 74 años	3.362	1.652	1.710
De 75 a 79 años	2.589	1.269	1.320
De 80 a 84 años	1.538	641	897
De 85 a 89 años	910	373	537
De 90 a 94 años	361	112	249
De 95 a 99 años	93	21	72
100 y más años	35	12	23

Fuente: INE. Tabla de elaboración propia.

2. Tasa natalidad

Nacidos vivos durante el periodo indicado/población total del mismo periodo por 1.000.

AÑO	Habitantes	Nacimientos	TASA NATALIDAD
2018	68.262	503	7,37
2019	68.661	501	7,30
2020	69.166	448	6,48
2021	68.056	466	6,85
2022	68.819	434	6,31
2023	70.434	395	5,61

Fuente: IECA e INE. Tabla de elaboración propia.



Gráfica de elaboración propia.

La **tasa bruta de natalidad de Torremolinos** en 2023 (5,60 nacidos / 1.000 habitantes) es menor que la tasa bruta natalidad de la provincia de Málaga para el mismo año (6,71 nacidos /1.000 habitantes). La tendencia de la curva de los últimos años va en decremento, exceptuando el periodo entre 2020 y 2021, único momento en el que se experimentó un ligero aumento, pudiendo estar influenciada por la pandemia COVID19 de 2020-2021.

AÑO	Nacimientos	Defunciones	Diferencia
2018	503	429	74
2019	501	450	51
2020	448	498	-50
2021	466	506	-40
2022	434	507	-73
2023	395	538	-143

Fuente IECA. Tabla de elaboración propia.

El número de nacimientos en los últimos 6 años en el municipio ha ido disminuyendo paulatinamente, mientras que las defunciones han ido en aumento, por lo que el crecimiento vegetativo de la población (aquel que no tiene en cuenta los movimientos migratorios, sino tan solo la diferencia entre nacimientos y defunciones acaecidas en el territorio) se considera negativo.

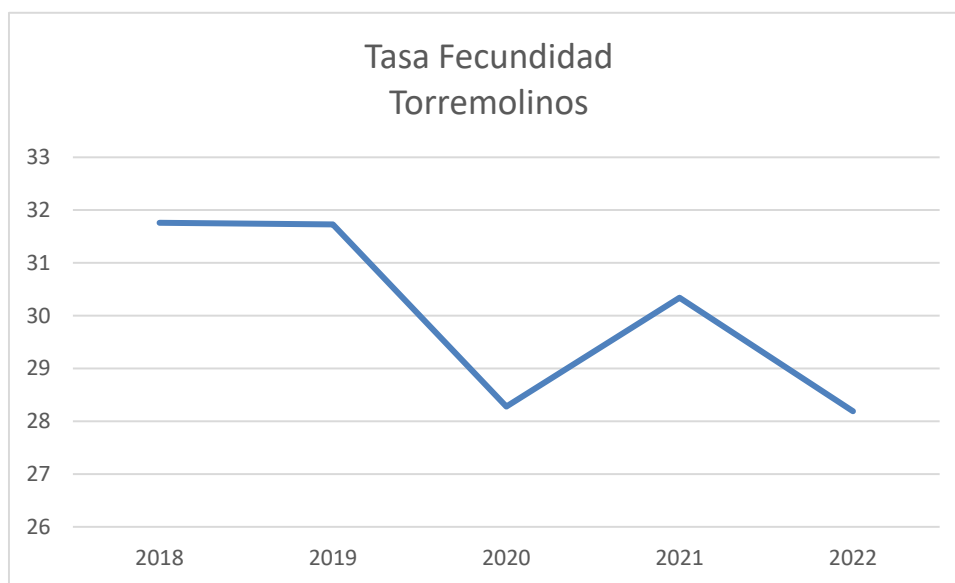
La esperanza de vida al nacer en el municipio de Torremolinos en 2022 fue de 80,63 años en hombres y de 84,80 en mujeres, siendo más alta que la media de esperanza de vida en toda Andalucía para el mismo año, que fue de 79,17 años en hombres y de 84,54 años en mujeres (fuente: INE).

3. Tasa global fecundidad

Nacidos vivos durante el periodo indicado/población en edad fértil (15-49 años) del mismo periodo por 1.000.

	Mujeres (15-49 años)	Nacimientos	TASA FECUNDIDAD
2022	15.393	434	28,19
2021	15.357	466	30,34
2020	15.840	448	28,28
2019	15.789	501	31,73
2018	15.836	503	31,76

Fuente: INE e IECA. Tabla de elaboración propia.



Gráfica de elaboración propia.

La tasa de fecundidad en 2023 de Torremolinos, según el INE (calculan la tasa dividiendo los nacimientos por cada 1.000 mujeres, sin tener en cuenta la edad fértil), fue 25,41; 3,87 puntos menor que la de Málaga provincia (29,28). Se observa una tendencia negativa en los últimos años, similar a la tasa de natalidad para el mismo municipio. En ambas tasas observamos un aumento de las mismas entre los años 2020 y 2021 pero que vuelven a recuperar su tendencia negativa a partir de 2022.

4. Índice de dependencia

Con este parámetro, se muestra la proporción de la población en determinados intervalos de edad (menor de 15 años y mayor de 65) que dependen económicamente de la población activa.

	Índice de dependencia global (INE 2022)	Índice de dependencia jóvenes (IECA 2022)	Índice de dependencia mayores (IECA 2022)
Málaga (provincia)	51,58 %	23,92 %	27,50 %
Torremolinos	50,43 %	22,73 %	27,45 %

Fuente: INE 2022 / IECA 2022. Tabla de elaboración propia.

Tanto el índice global como los índices en jóvenes y en mayores son ligeramente inferiores en Torremolinos con respecto a la provincia de Málaga.

5. Índice de envejecimiento

Porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero de un año concreto.

	Índice de envejecimiento	
	INE 2022	IECA 2022
Málaga (provincia)	114,48 %	123,40 %
Torremolinos	119,66 %	120,8 %

Fuente: IECA, INE 2023. Tabla de elaboración propia.

Se incluyen datos para el mismo año tanto del INE como del IECA ya que se observa una disparidad considerable dependiendo de la fuente de datos utilizada. Según el INE la población de Torremolinos obtuvo un índice de envejecimiento mayor que el de la provincia en el año 2022, pero según el IECA Torremolinos se encontró ese año por debajo del índice de envejecimiento provincial.

6. Tasa de sobreenvejecimiento

N.º de usuarios mayores de 84 años/N.º usuarios mayores de 65 años por 100.

	Málaga (provincia)	Torremolinos
MAYORES DE 84 AÑOS	39.168	1.399
MAYORES DE 65 AÑOS	311.952	12.580
TASA SOBREENVEJECIMIENTO	12,56	11,12

Fuente: INE 2022. Tabla de elaboración propia.

La tasa de sobreenvejecimiento en Torremolinos es menor respecto al índice provincial.

7. Índice generacional

Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más.

	Málaga (provincia)	Torremolinos
TOTAL 35-64	779.947	32.962
TOTAL >65	311.952	12.580
ÍNDICE GENERACIONAL	2,50	2,62

Fuente: INE 2022. Tabla de elaboración propia.

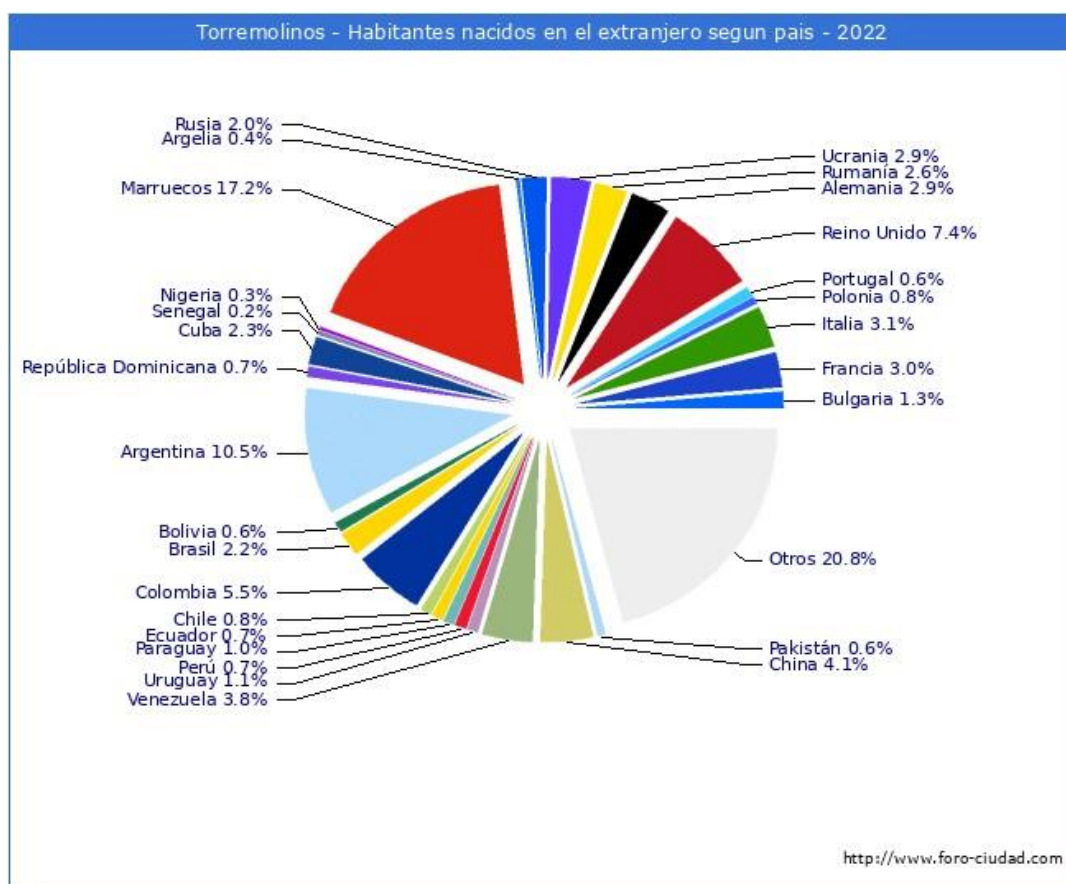
Se observa una proporción mayor de población joven en Torremolinos con respecto a la provincia, tal y como indica el índice generacional.

8. Tasa de inmigración

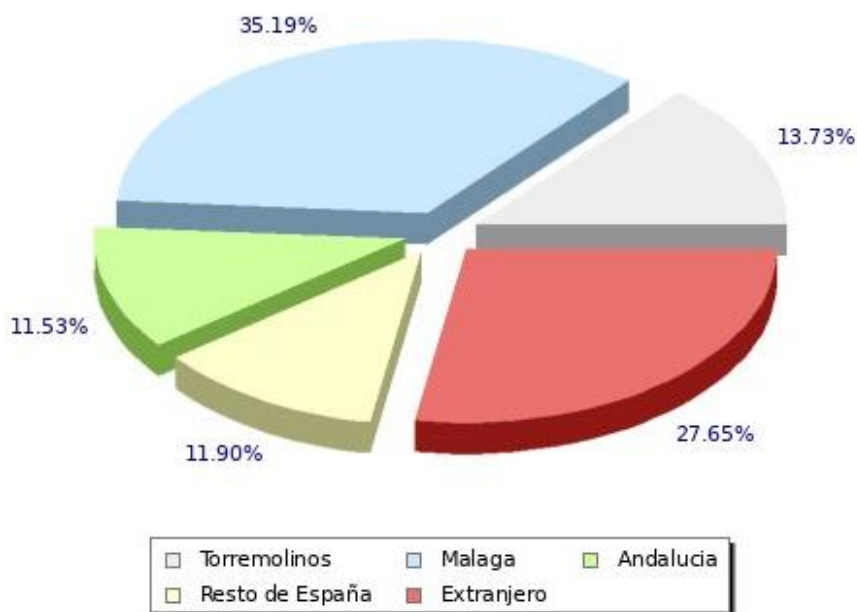
A continuación, se exponen los datos brutos de extranjeros, cuya proporción es de un 27,65 % total de la población del municipio, siendo Marruecos el principal país de origen, seguido de Argentina (fuente: Foro Ciudad, IECA)

Número de extranjeros. 2022	13.555
Principal procedencia de los extranjeros residentes. 2022	Marruecos
Porcentaje que representa respecto total de extranjeros. 2022	12,5
Emigraciones. 2022	4.759
Inmigraciones. 2022	6.331

Fuente: IECA.



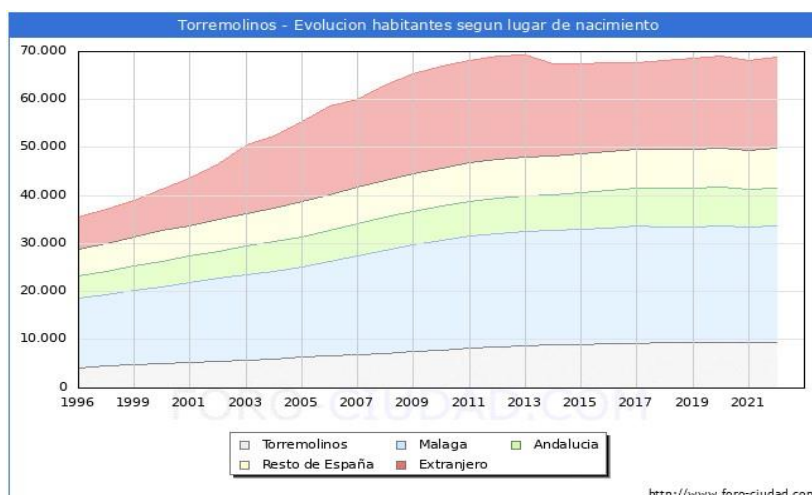
Torremolinos - Habitantes segun Lugar de nacimiento - 2022



<http://www.foro-ciudad.com>

Se obtiene un análisis de la población desde 1996 hasta 2022 en el que concluimos que:

- Aumentan (5.322) los habitantes nacidos en Torremolinos, pasando del 11.65% al 13.73%.
- Aumentan (9.802) los habitantes nacidos en la provincia de Málaga, pasando del 40.72% al 35.19%.
- Aumentan (3.222) los habitantes nacidos en la comunidad de Andalucía, pasando del 13.30% al 11.53%.
- Aumentan (2.597) los habitantes nacidos en el resto de España, pasando del 15.80% al 11.90%.
- Aumentan (12.469) los habitantes nacidos en otros países, pasando del 18.53% al 27.65%.



9. Tasa de analfabetismo

La tasa de analfabetismo se ha calculado usando el último Censo de Población y Viviendas de 2011 que proporciona el nivel de estudio completado de la población municipal.

NIVEL DE ESTUDIO COMPLETADO	Torremolinos	TASA
No sabe leer o escribir	1104	1,67
Sabe leer y escribir, pero fue menos de 5 años a la escuela	3583	5,42
Fue a la escuela 5 o más años, pero no llegó al último curso de ESO, EGB o Bachiller Elemental	7363	11,14
Llegó al último curso de ESO, EGB o Bachiller Elemental o tiene el Certificado de Escolaridad o de Estudios Primarios	14875	22,50
Bachiller (LOE, LOGSE), BUP, Bachiller Superior, COU, PREU	9499	14,37
FP grado medio, FP I, Oficialía industrial o equivalente, Grado Medio de Música y Danza, Certificados de Escuelas Oficiales de Idiomas	2848	4,31
FP grado superior, FP II, Maestría industrial o equivalente	3284	4,97
Diplomatura universitaria, Arquitectura Técnica, Ingeniería Técnica o equivalente	4807	7,27
Grado Universitario o equivalente	1175	1,78
Licenciatura, Arquitectura, Ingeniería o equivalente	5561	8,41
Máster oficial universitario (a partir de 2006), Especialidades Médicas o análogos	558	0,84
Doctorado	519	0,79
No procede	10926	

Fuente: Población de más de 16 años por nivel de estudios completados (2011), IECA, Censo de Población y Viviendas 2011. Tabla de elaboración propia.

La tasa de analfabetismo obtenida en el municipio (1,67), fue inferior a la obtenida en la provincia de Málaga (2,04).

En el Censo de Población y Viviendas de 2021, cribaron el nivel de estudio en otros rangos quedando así la distribución.

NIVEL DE ESTUDIO COMPLETADO	Torremolinos	TASA
Educación primaria e inferior	12.240	18,03
Primera etapa de Educación Secundaria y similar	15.864	23,37
Segunda etapa de Educación Secundaria y Educación Postsecundaria no Superior	13.056	19,23
Educación Superior	16.852	24,83
No aplicable (menor de 15años)	9.865	14,53

Fuente: Población de más de 16 años por nivel de estudios completados (2021), IECA, Censo de Población y Viviendas 2021. Tabla de elaboración propia.

Tras analizar las características sociodemográficas, se concluye que el número de población total de Torremolinos va en aumento, con un crecimiento vegetativo negativo, aunque con un mayor peso en el crecimiento de la población inmigrante extranjera (principalmente no europea). Al hacer una comparación de los datos del municipio se objetiva una población menos envejecida respecto a la media provincial y autonómica.

10. Características e indicadores socio-económicos

A continuación, se plasma la información aportada por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) dentro del Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA).

Centros de Infantil. Curso 2022-2023	27	Bibliotecas públicas. 2023	2
Centros de Primaria. Curso 2022-2023	13	Centros de salud. 2023	2
Centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Curso 2022-2023	9	Consultorios. 2023	0
Centros de Bachillerato. Curso 2022-2023	4	Viviendas familiares principales. 2021	29.339
Centros C.F. de Grado Medio. Curso 2022-2023	3	Transacciones inmobiliarias. Vivienda nueva. 2023	101
Centros C.F. de Grado Superior. Curso 2022-2023	2	Transacciones inmobiliarias. Vivienda segunda mano. 2023	1.527
Centros de educación de adultos. Curso 2022-2023	2	Número de pantallas de cine. 2024	0

Agricultura

Cultivos herbáceos. 2022	Cultivos leñosos. 2022
Superficie dedicada a cultivos herbáceos (ha)	0 Superficie dedicada a cultivos leñosos (ha)
Principal cultivo herbáceo de regadío	- Principal cultivo leñoso de regadío
Principal cultivo herbáceo de regadío (ha)	0 Principal cultivo leñoso de regadío (ha)
Principal cultivo herbáceo de secano	- Principal cultivo leñoso de secano
Principal cultivo herbáceo de secano (ha)	0 Principal cultivo leñoso de secano (ha)

Establecimientos con actividad económica. 2022

Sin asalariados	3.656	Sección G. Comercio al por mayor y al por menor	1.394
Hasta 5 asalariados	1.876	Sección I. Hostelería	938
Entre 6 y 19 asalariados	368	Sección M. Actividades profesionales, científicas y técnicas	536
De 20 y más asalariados	106	Sección N. Actividades administrativas y servicios auxiliares	533
Total establecimientos	6.006	Sección F. Construcción	493

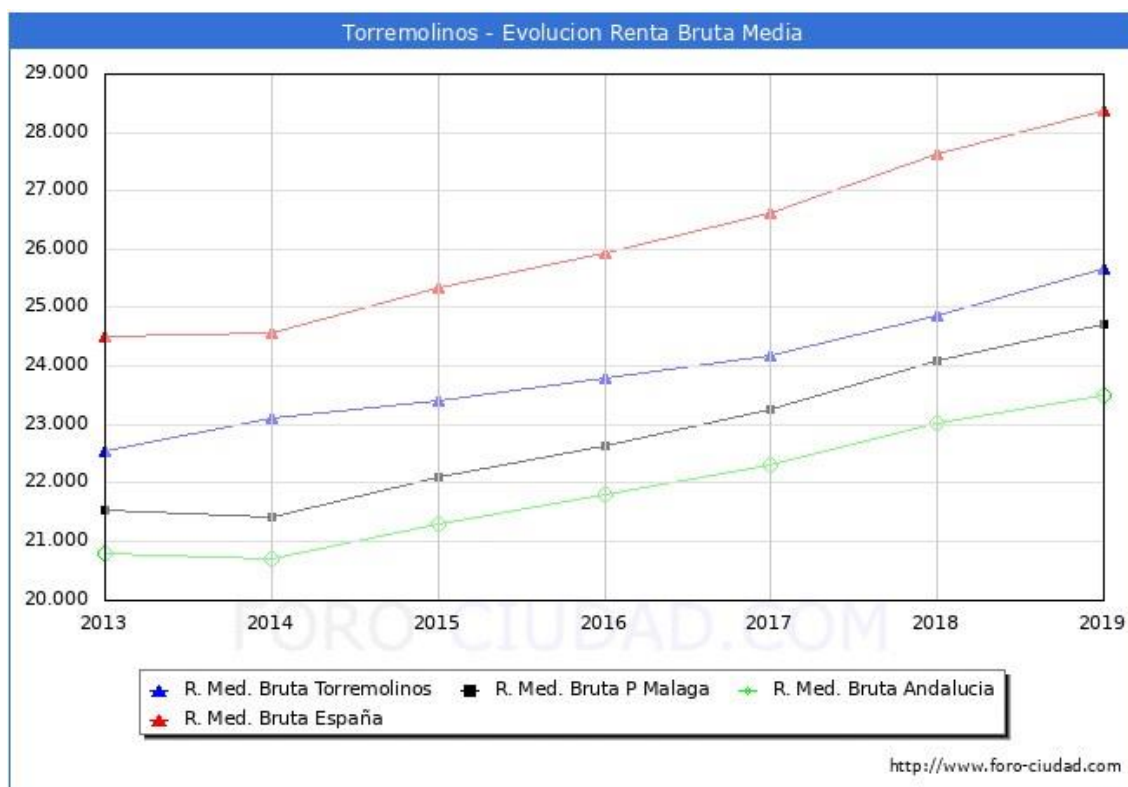
Mercado de trabajo

Paro registrado. Mujeres. 2023	3.253	Contratos registrados. Indefinidos. 2023	10.461
Paro registrado. Hombres. 2023	2.133	Contratos registrados. Temporales. 2023	7.313
Paro registrado. Extranjeros. 2023	1.071	Contratos registrados. Extranjeros. 2023	4.298
Tasa municipal de desempleo (%). 2023	17,3	Trabajadores eventuales agrarios subsidiados. Mujeres. 2023	6
Contratos registrados. Mujeres. 2023	8.839	Trabajadores eventuales agrarios subsidiados. Hombres. 2023	2
Contratos registrados. Hombres. 2023	8.960		

Fuente: IECA.

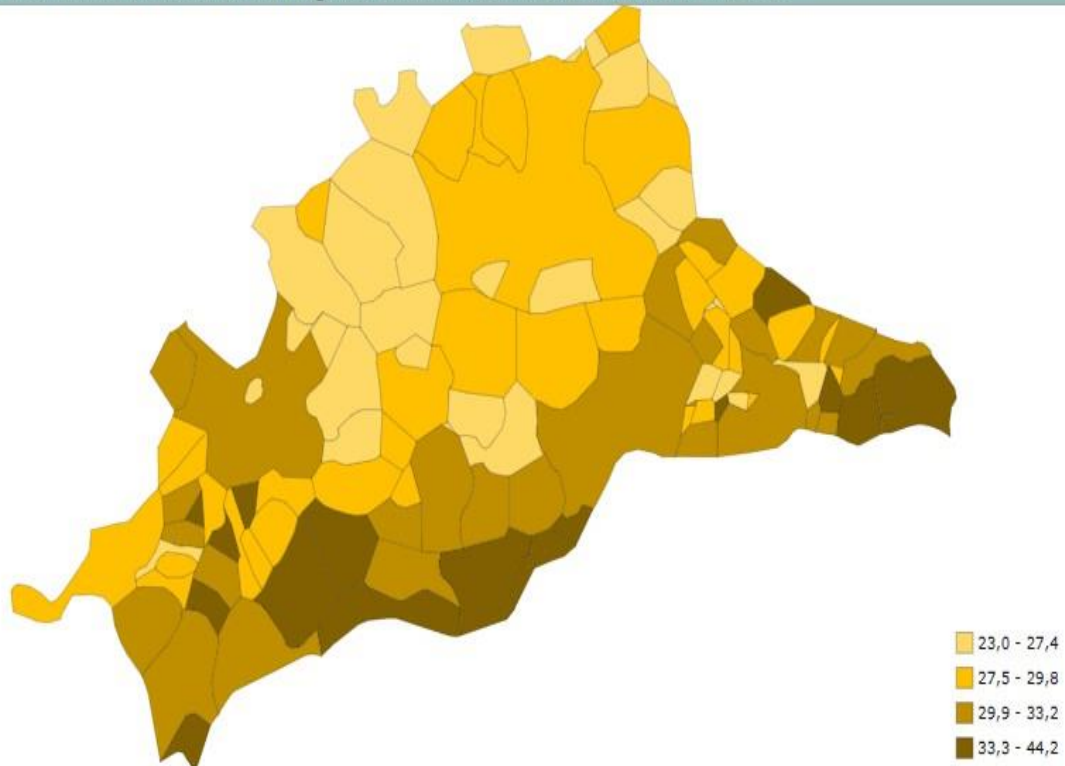
11. Mercado de trabajo

En 2022 la renta media bruta de Torremolinos se sitúa como el municipio nº 32 en la comunidad de Andalucía y el nº 743 a nivel nacional (Fuente: Agencia Tributaria). Se adjunta una gráfica con la comparación desde 2013 a 2019 de la renta media bruta de Torremolinos con la provincial, de la comunidad y de la nacional, siendo la renta media municipal la más elevada de las tres y ascendiendo a una velocidad similar.

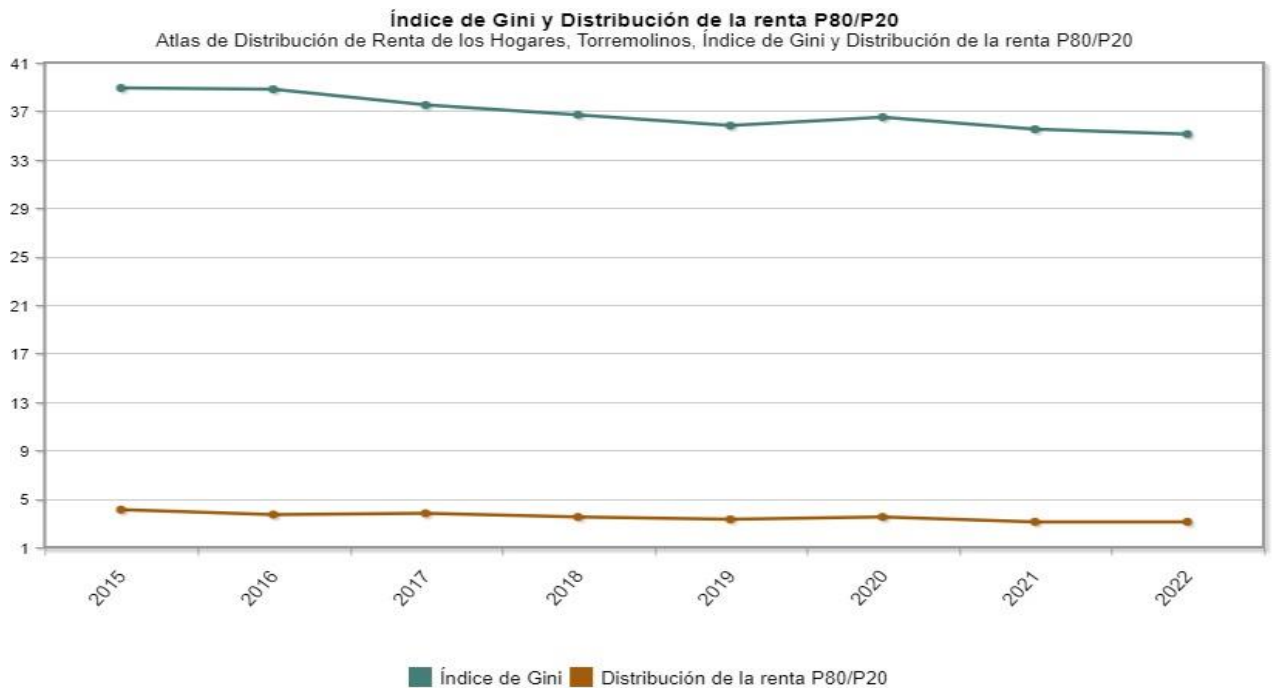


En cuanto a **indicadores de desigualdad**, se muestran el Índice de Gini y la ratio 80/20 para entender la distribución de la renta, siendo en 2022 el Índice de Gini de 35,1 y la ratio 80/20 de 3,1. Esto indica que Torremolinos se encuentra en unos valores altos de desigualdad con respecto al resto de municipios de la provincia, como se observa en la siguiente imagen.

Atlas de Distribución de Renta de los Hogares, Unidades territoriales, Índice de Gini, 2022



Fuente: INE.



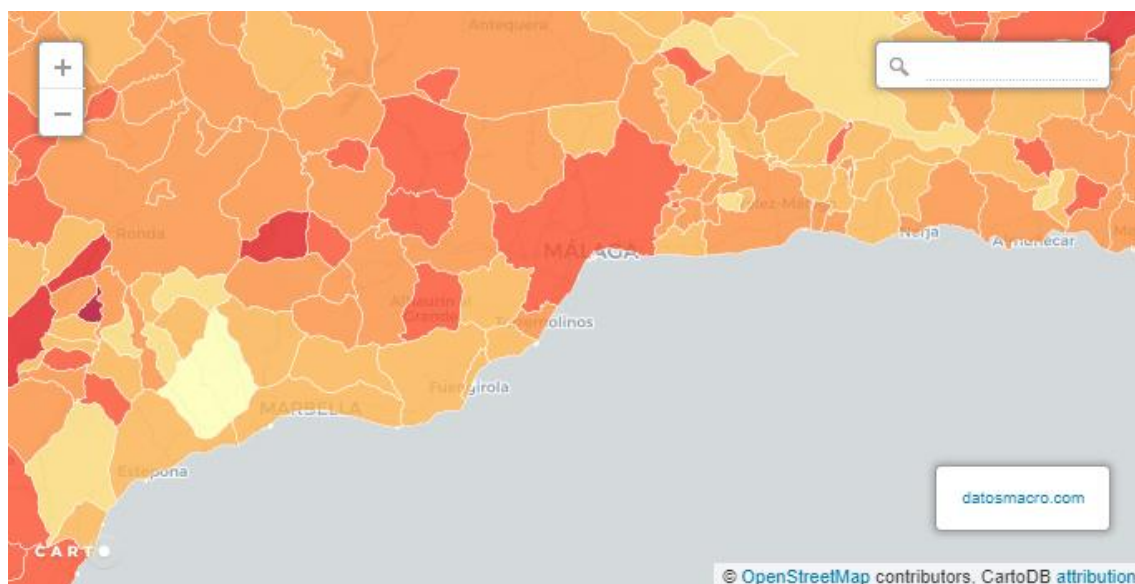
Fuente: INE.

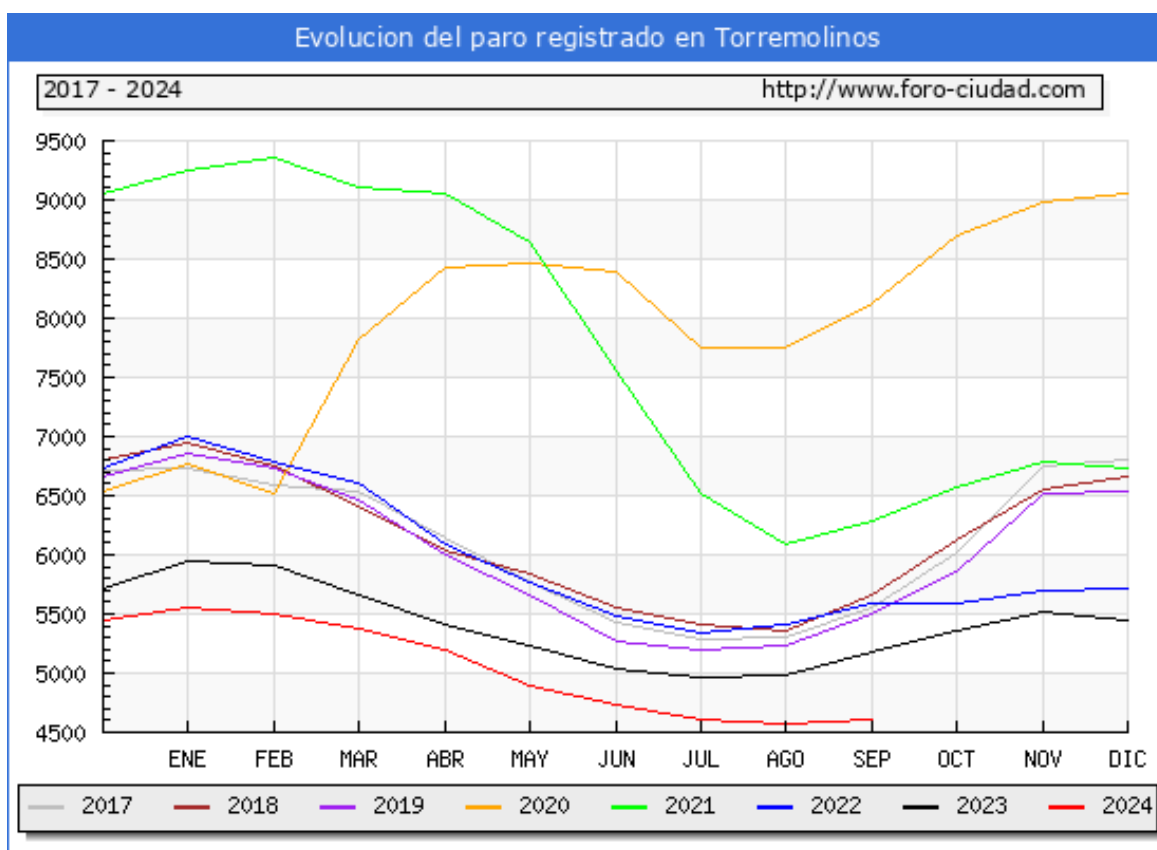
12. Tasa de desempleo

La tasa media de desempleo en Torremolinos a lo largo de los últimos años oscila entre el 14,47% y 27,47%.

Territorio	Anual	Demandantes no ocupados	Tasa municipal de desempleo anual
Torremolinos	2018	6.655	21,12%
	2019	6.539	20,48%
	2020	9.047	27,47%
	2021	6.736	21,57%
	2022	5.711	17,90%
	2023	5.453	16,60%
	2024 (oct)	4.801	14,47%

Fuente: Datosmacro.com. Tabla de elaboración propia.





❖ Bloque II. Principales problemas de salud. Morbilidad.

La vigilancia de la salud es imprescindible para desarrollar acciones que nos lleven a mejorar la salud individual y colectiva a partir de la recopilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continuada. Se engloba la vigilancia de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, factores de riesgo y determinantes de la salud. Se enmarca legalmente en la Ley 16/2011, 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

La **morbilidad** es la cantidad de personas que enferman o presentan mala salud en un lugar y periodo de tiempo concreto en relación con el total poblacional. Una manera de estimarla es mediante los procesos asistenciales integrados (PAIs) recogidos en la base poblacional de salud y una vez detectadas, se pueden elaborar estrategias e intervenciones de salud pública.

1. Principales enfermedades en el municipio

Las **enfermedades más prevalentes en Torremolinos durante 2023** fueron, por orden de mayor a menor: hipertensión, dislipemia, artrosis/espondilosis, trastorno de ansiedad, asma, diabetes e hipotiroidismo. Si hacemos la división por sexo, todas fueron más prevalentes en las mujeres, excepto la diabetes.

Categoría	Patología	Prevalencia por 10.000 personas-año			Razón Estandarizada	Intervalo Confianza 95%
		Hombres	Mujeres	Total		
Circulatorio	Hipertensión	1905,44	1927,06	1916,16	0,85	0,83 - 0,86
Endocrino	Dislipemia	1807,58	1838,98	1823,15	0,75	0,74 - 0,76
Osteomuscular	Artrosis, espondilosis	1087,95	1841,58	1461,65	0,82	0,81 - 0,84
Salud Mental	Trastorno de ansiedad	773,04	1454,32	1110,87	0,99	0,97 - 1,01
Respiratorio	Asma	920,37	1027,07	973,28	0,87	0,85 - 0,89
Endocrino	Diabetes	879,55	757,69	819,12	0,88	0,86 - 0,90
Endocrino	Hipotiroidismo	296,07	1227,96	758,17	0,89	0,87 - 0,92

Fuente: InfoWeb. Sistema Andaluz de Salud, 2023. Tabla de elaboración propia.

Destacar otras **enfermedades crónicas** importantes en nuestro país, como son la EPOC y la insuficiencia cardíaca que, en este municipio, según el orden de prevalencia son la 10º y 20º.

Categoría	Patología	Prevalencia por 10.000 personas-año			Razón Estandarizada	Intervalo Confianza 95%
		Hombres	Mujeres	Total		
Respiratorio	EPOC	386,66	340,61	363,83	0,8	0,77 - 0,83
Circulatorio	Insuficiencia cardíaca	178,8	181,42	180,1	0,73	0,69 - 0,77

Fuente: InfoWeb. Sistema Andaluz de Salud, 2023. Tabla de elaboración propia.

Si comparamos los datos del municipio con **los más prevalentes en la provincia** son similares, siendo todas estas prevalencias inferiores en el municipio con respecto a la provincia, aunque no en gran medida. El orden de las enfermedades más prevalentes es el mismo en la provincia de Málaga que en el municipio.

En cuanto a los pacientes crónicos complejos priorizados, en los centros de salud pertenecientes al municipio a fecha 12 de diciembre de 2024 se han trabajado 509 PAP (Plan de Actuación Personalizado), con 380 en seguimiento proactivo y 1.473 visitas domiciliarias. En este programa se trabaja con los pacientes diagnosticados de EPOC e insuficiencia cardíaca que cumplan ciertos criterios de inclusión.

Centro	TOTAL PACIENTES		CON PAP			
	ACTIVOS	PASIVOS	TOTAL	SEGUIMIENTO PROACTIVO	EDUCACIÓN TERAPÉUTICA	VISITAS DOMICILIARIAS
La Carihuela	286	0	175	131	4	536
San Miguel	743	0	334	249	1	937
TOTAL	1029	0	509	380	5	1473

Fuente: InfoWeb. Sistema Andaluz de Salud, 2022. Accesibilidad: Atención primaria: Seguimiento Crónicos Complejos. Tabla de elaboración propia.

2. Enfermedades de declaración obligatoria (EDOs)

El sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica, cuya finalidad es la detección precoz de los problemas de salud y enfocar la toma de medidas para proteger la salud de la población.

Los contenidos y procedimientos, vienen recogidos en la Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996.

A continuación, se presenta la evolución de EDOs en el municipio de Torremolinos en los últimos 11 años (2014 – noviembre de 2024), obtenidas de la fuente de declaración y seguimiento RedAlerta. Los datos en dicho periodo pueden verse alterados tanto en número como en distribución a partir de 2020 debido a la pandemia COVID19 siendo parte de ellos probablemente consecuencia de esta situación. Se recogen un total de **1.826 casos** EDOs, de las cuales casi el 80% fueron infecciones de transmisión sexual (ITS). Llama la atención el aumento tan marcado de declaración de ITS en el periodo posterior a la pandemia (2022 – 2024). Del total de las EDOs, aproximadamente el 13% fueron casos con origen de la infección en el extranjero.

Entre 2020 y noviembre de 2024, también se registraron como EDO 11.780 casos de “Enfermedad por Coronavirus COVID-19” en RedAlerta, de los cuales constan 63 fallecidos.

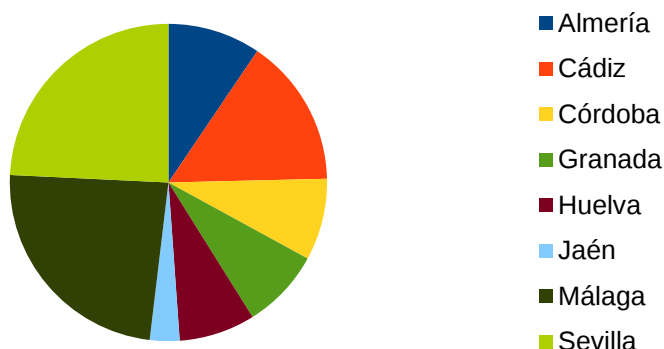
Se analizaron también las **Alertas o Brotes** en el mismo periodo, recogándose unas 280 alertas en total. De ellas, 199 resultaron ser brotes por COVID19.

Evento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (nov)	TOTAL
Disentería											3	3
Enfermedad Meningocócica				1	1	1					1	4
Fiebre Q				1			1					2
Giardiasis				1	1	1	1			1	3	8
Hepatitis A	7		12	17	6	1	2				5	50
Hepatitis B	3		1	1	1	1	1			1	2	11
Hepatitis C	1	1	1	1	2	2	6	1		6	17	38
Herpes Genital	8	3	5	6	4	7	14	2	5	13	7	74
Infección genital por Chlamydia T.	3	6		3	1	1	2	10	70	113	72	281
Infección gonocócica	5	2	3	2	8	2	7	9	94	163	109	404
Infección por VIH y SIDA	28	49	38	34	30	26	19	24	29	13	13	303
IRAS por A. baumannii multirresistente	2	1	2							1		6
IRAS por Clostridium difficile								2	3	9	15	29
IRAS por Escherichia coli multirresistente								1			3	4
IRAS por Klebsiella multirresistente		3	3		3	4	1	3	2	7	4	30
IRAS por MRSA		1	3	1	1	1	1	2		3	2	15
Legionelosis	2	2	1	1		3	6	5	1	6	4	31
Listeriosis		2				7			2	2		13
Parotiditis		3	3	4	8	18	3	1				40
Sarampión								1				1
Sífilis	3	2	3	6	9	7	8	10	22	30	90	190
Tosferina	1	10	1		3	2					20	37
Tuberculosis	4	4	7	7	5	6	3	11	4	11	4	66
Varicela		2							1	1		4
Viruela de los monos									167	4	11	182
TOTAL	67	91	83	86	83	90	75	82	400	384	385	1.826

Fuente: RedAlerta. Tabla de elaboración propia.

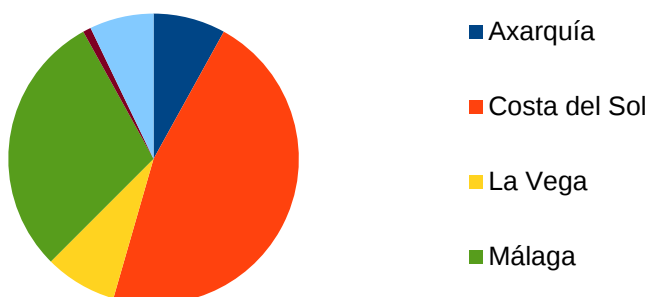
El VIH/SIDA es un problema de salud muy importante en el Distrito Costa del Sol, comparándolo tanto con otros distritos de la provincia como con la provincia de Málaga y con las demás provincias andaluzas. El municipio de Torremolinos (Prevalencia 2023: 120,96 x 10.000 pers-año, fuente: Infoweb) supera con creces la prevalencia de la provincia de Málaga (Prevalencia: 39,90 x 10.000 pers-año, fuente: Infoweb), así como la prevalencia media del Distrito Costa del Sol (Prevalencia media Distrito Costa del Sol 2023: 50 x 10.000 pers-año, fuente: Infoweb), siendo el segundo municipio de Andalucía con mayor prevalencia de la enfermedad en el año 2023, por detrás de Hornachuelos en Córdoba (fuente: Infoweb).

Casos nuevos VIH Andalucía 2023



Fuente: IECA. Gráfico de elaboración propia.

Casos nuevos VIH Málaga 2023



Fuente: RedAlerta. Gráfico de elaboración propia.

3. Cáncer

En **2023** se detectaron en Andalucía 54.554 nuevos cánceres, siendo 10.369 en la provincia de Málaga, de los cuales 3.110 pertenecientes al Distrito Costa del Sol. En el municipio de Torremolinos hubo un total de 375 casos nuevos, siendo el más incidente el cáncer de mama con 71 casos, seguido del de próstata y el colorrectal.

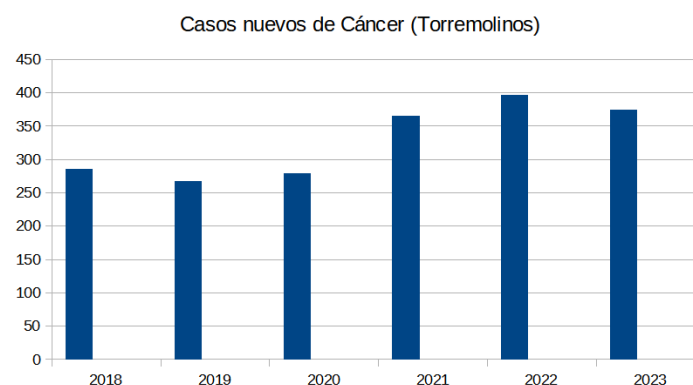
Enfermedad	Casos nuevos
Cáncer de mama	71
Cáncer de próstata	45
Cáncer colorrectal	42
Cáncer de bronquio y pulmón	40
Melanoma de piel	30
Cáncer de vejiga	26
Linfoma no Hodgkin	16
Cáncer de cabeza y cuello	13
Cáncer de útero	10
Cáncer de tiroides	10
Cáncer de estómago	10
Cáncer de riñón y pelvis renal	10
Cáncer de páncreas	9
Leucemia	8
Cáncer inmunoproliferativo	7
Cáncer de cuello uterino	7
Enfermedad de Hodgkin	5
Cáncer de hígado y vías biliares	5
Cáncer de ovario	4
Sarcoma de Kaposi	3
Cáncer de testículo	2
Cáncer de hueso y tejidos blandos	2
TOTAL	375

Fuente Infoweb. Incidencia cáncer municipio Torremolinos 2023. Tabla de elaboración propia.

Si estudiamos el cáncer en el municipio de Torremolinos de manera prevalente, es decir, contabilizando los nuevos diagnósticos junto a los casos ya existentes y ajustándolos por cada 10.000 personas-año, los más frecuentes en el periodo de 2023 fueron el cáncer de mama, el de próstata, el colorrectal y el melanoma de piel.

Enfermedad	Prevalencia
Cáncer de mama	103,67
Cáncer de próstata	76,04
Cáncer colorrectal	59,66
Melanoma de piel	34,79
Cáncer de vejiga	28,29
Cáncer de cabeza y cuello	23,25
Linfoma no Hodgkin	19,1
Cáncer de bronquio y pulmón	16,28
Cáncer de útero	16,07
Cáncer de tiroides	14,54
Cáncer de cuello uterino	14,31
Leucemia	13,02
Cáncer de riñón y pelvis renal	12,41
Cáncer de hueso y tejidos blandos	7,33
Cáncer de ovario	6,92
Enfermedad de Hodgkin	5,83
Cáncer de testículo	5,59
Sarcoma de Kaposi	4,89
Cáncer de páncreas	4,21
Cáncer de hígado y vías biliares	4,11
Cáncer de estómago	3,89
Cáncer inmunoproliferativo	3,66

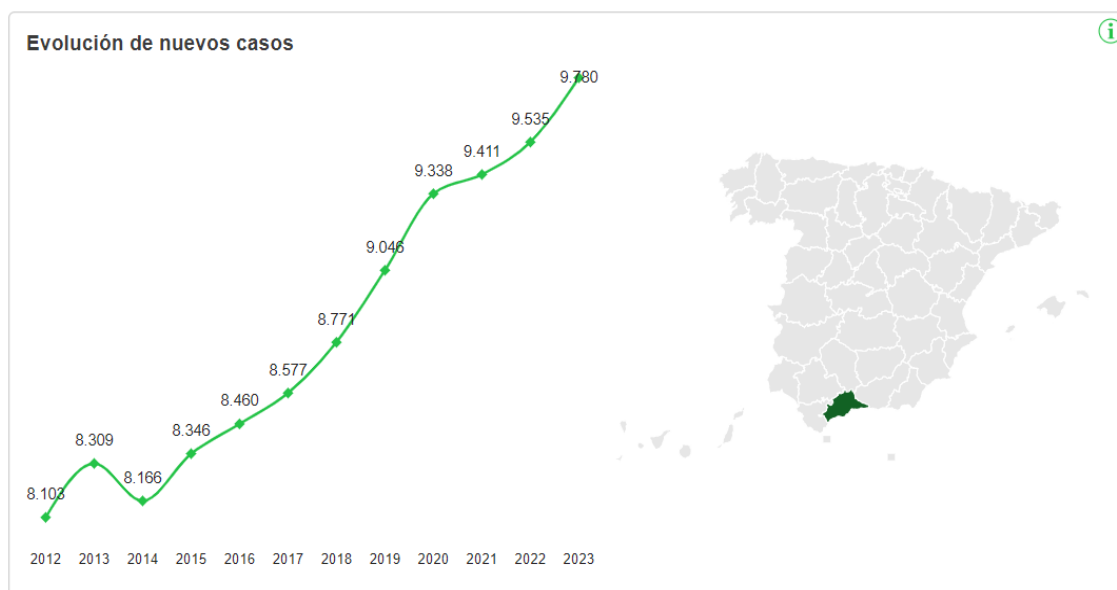
Fuente: Infoweb. **Prevalencia** por 10.000 personas-año cáncer Torremolinos 2023. Tabla de elaboración propia.



Fuente Infoweb. Incidencia cáncer municipio Torremolinos 2018-2023. Gráfico de elaboración propia.

TIPO CÁNCER	CASOS NUEVOS
Cáncer de mama	567
Cáncer de próstata	515
Cáncer colorrectal	383
Cáncer de bronquio y pulmón	276
Melanoma de piel	248
Cáncer de vejiga	178
Linfoma no Hodgkin	118
Cáncer de cabeza y cuello	118
Cáncer de páncreas	77
Leucemia	74
Cáncer de riñón y pelvis renal	72
Cáncer de útero	70
Cáncer de cuello uterino	65
Cáncer de estómago	62
Cáncer de hígado y vías biliares	58
Cáncer inmunoproliferativo	53
Cáncer de tiroides	50
Cáncer de ovario	45
Cáncer de hueso y tejidos blandos	40
Enfermedad de Hodgkin	22
Cáncer de testículo	10
Sarcoma de Kaposi	9
TOTAL	3.110

Fuente Infoweb. Incidencia cáncer Distrito Costa del Sol 2023. Tabla de elaboración propia.



Fuente: Asociación española contra el Cáncer. Provincia de Málaga.

4. Cribado de cáncer

Un cribado poblacional consta de una serie de pruebas dirigidas a una población diana (normalmente con mayor riesgo de una enfermedad concreta por el sexo o la edad), sin síntomas y sin antecedentes personales o familiares que predispongan a padecer dicha enfermedad (para estos pacientes existen programas de cribado específicos).

- **Cribado de cáncer de mama**

El cáncer de mama durante **2023**, ha sido el tipo de cáncer más diagnosticado tanto en el municipio como en el Distrito Sanitario Costa del Sol y el más prevalente en la provincia de Málaga. El cribado de cáncer de mama es un programa dirigido a las mujeres de entre 50 y 71 años residentes en Andalucía que son invitadas a realizarse una mamografía cada dos años. A continuación, exponemos los datos recabados de Torremolinos (C.S. San Miguel y C.S. La Carihuella) y de la totalidad del Distrito Costa del Sol.

2023 CAP	POBLACIÓN INICIAL	EXCLUSIONES POR CÁNCER DE MAMA	EXCLUSIONES CON MAMOGRAFÍA SCREENING AÑO ANTERIOR	POBLACIÓN DIANA	MUJERES CON CITA MAMOGRAFÍA SCREENING EN AÑO	COBERTURA
La Carihuela	3363	142	567	2654	698	26,30%
San Miguel	5965	207	1194	4564	1462	32,03%
Distrito C. del Sol	86.635	2597	15625	68413	26253	38,37%

Fuente: InfoWeb. Tabla de elaboración propia.

En cuanto a los datos de **2024**: en lo que llevamos de año, a día 9 de diciembre podemos observar un aumento de la cobertura de mujeres de la población diana que tienen una cita registrada tanto en los centros de salud del municipio como en el Distrito Sanitario, con respecto al año anterior. La media andaluza de la cobertura a finales del 2024 se sitúa en un 67,81%.

2024 CAP	POBLACIÓN INICIAL	EXCLUSIONES POR CÁNCER DE MAMA	EXCLUSIONES CON MAMOGRAFÍA SCREENING AÑO ANTERIOR	POBLACIÓN DIANA	MUJERES CON CITA MAMOGRAFÍA SCREENING EN AÑO	COBERTURA
La Carihuela	3529	147	679	2703	1728	63,93%
San Miguel	6097	205	1430	4462	3003	67,30%
Distrito C. del Sol	90828	2645	26137	62046	46338	74,68%

Fuente: InfoWeb. Tabla de elaboración propia.

Aún sin haber cerrado por completo los datos del año 2024 a la hora de redactar este informe, se puede observar una clara mejora en las coberturas de los centros de salud pertenecientes al municipio con respecto al año anterior.

La mejora de los datos de Torremolinos es consecuencia de una serie de acciones destinadas precisamente a aumentar la disponibilidad tanto de citas como de mamógrafos para las mujeres incluidas en el cribado. A partir de febrero de 2024 se establece un nuevo punto de mamografía para la ZBS de Benalmádena – Torremolinos en el centro de salud de Arroyo de la Miel. Anteriormente esa ZBS compartía un

mamógrafo con la ZBS de Fuengirola, que incluye los municipios de Fuengirola y Mijas. Este mamógrafo estaba situado en el centro de salud de Las Lagunas.

La población diana de los centros de salud del municipio es similar en 2023 y 2024 pero la cobertura aumenta significativamente gracias a haber aumentado los recursos disponibles para que las mujeres consiguieran una cita.

A partir de enero de 2025 se ampliará la población diana que abarca el cribado, incluyendo a las mujeres que cumplan 49 años.

En cuanto a los resultados del cribado de mama en el 2024, se exponen las lecturas de las mamografías llevadas a cabo por los radiólogos del hospital de referencia para las mujeres de Torremolinos incluidas en el cribado (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria). Desde enero hasta noviembre de 2024, se leyeron un total de 35.467 mamografías, de las cuales un 7,57% fueron derivadas por anormalidad y 173 resultaron diagnóstico de cáncer.

HOSPITAL	N.º LECTURAS	TASA DE DERIVACIÓN	RESULTADO CÁNCER
H. U. VIRGEN DE LA VICTORIA	35.467	7,57	173

Fuente: InfoWeb. Tabla de elaboración propia.

• Cribado de cáncer de colon

El cribado por cáncer de colon es un programa que está dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años, residentes en Andalucía. La invitación a participar se realizará durante el tiempo considerado como una ronda de cribado normal, es decir dentro de los 2 años siguientes. La implementación del programa en el Distrito se empezó a realizar en 2018 con la población de 69 años.

CAP	Año	Población a invitar	% Invitados	Aceptación sobre P. a invitar	Participación sobre P. a invitar
La Carihuela	2023	3.642	98,33%	17,16%	8,29%
	2024	4.504	97,49%	16,61%	8,50%
San Miguel	2023	5.000	99,44%	18,72%	10,06%
	2024	6.317	99,08%	17,32%	9,72%
Distrito C. del Sol	2023	70.277	98,91%	16,29%	7,35%
	2024	90.528	98,66%	14,77%	7,38%

Fuente: InfoWeb. Tabla de elaboración propia.

La fecha de última actualización de los listados de la tabla anterior fue 09/01/2024 para los datos de 2023 y 05/12/2024 para los datos de 2024.

Los indicadores de gestión de los dos últimos años reflejan una baja participación tanto en los centros de salud como a nivel del distrito, llegando sólo al 10% en el centro de salud de San Miguel en 2023.

CAP	Año	Test		Colonoscopias		Adenomas	Cáncer
		Válido	Positivo	Indicadas	Realizadas		
La Carihuela	2023	528	29	18	13	7	0
	2024	675	38	25	14	8	0
San Miguel	2023	844	52	40	24	20	2
	2024	1.139	74	61	35	26	0
Distrito C. del Sol	2023	9.051	467	272	128	82	4
	2024	12.215	629	382	149	104	0

Fuente: InfoWeb. Tabla de elaboración propia.

Estos resultados muestran como, a pesar del bajo porcentaje de participación en el programa, se diagnosticaron de manera temprana adenomas e incluso algunos casos de cáncer ya instaurados en 2023, por lo que, si el programa tuviera más adherencia el número de cáncer colorrectal evitado o diagnosticado de manera prematura sería mayor.

5. Vacunación infantil

Uno de los objetivos del SAS en el contrato *Programa* es la Vigilancia de la cobertura de vacunación completa en los niños nacidos dos años antes al año en curso.

Esta cobertura debe superar el 97% de total de vacunación para considerar el objetivo como superado.

El cálculo de este indicador se realiza de la siguiente manera: (Nº total de niños/as nacidos dos años antes al año en curso / Nº total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar) * 100.

Los datos que se ofrecen a continuación corresponden al final del periodo de recuento; posteriormente se abre un plazo de alegaciones donde se intentan subsanar los resultados.

CAP	Año	Vacunación Completa		
		Bien Vacunados	Población	% V. Completa
La Carihuela	2022	163	171	95,32%
	2023	174	176	98,86%
	2024	161	165	97,58%
San Miguel	2022	241	248	97,18%
	2023	265	267	99,25%
	2024	226	236	95,76%
Distrito Costa del Sol	2022	3484	3667	95,01%
	2023	3634	3729	97,45%
	2024	3315	3544	93,54%

Fuente: InfoWeb. Tabla de elaboración propia.

El cumplimiento de la vacunación infantil en el municipio de Torremolinos se estudia mediante los resultados de los dos centros de salud que engloba a la población. El objetivo deseado se obtuvo en todos los periodos estudiados, excepto en el centro de salud de la Carihuela en 2022 y en el de San Miguel en lo que llevamos de 2024.

En el Distrito Sanitario Costa del Sol, las coberturas son inferiores en todos los años estudiados con respecto a ambos centros de salud. Llama la atención la disminución tan marcada de la cobertura en el año 2024 para el Distrito y para el centro de salud de San Miguel, pero como ya se ha comentado, se trata de resultados preliminares a la espera de alegaciones y vacunaciones que puedan realizarse en lo que queda de año, por lo que se puede esperar una ligera subida de las coberturas que equipare los datos a los de años anteriores.

❖ Bloque III. Mortalidad.

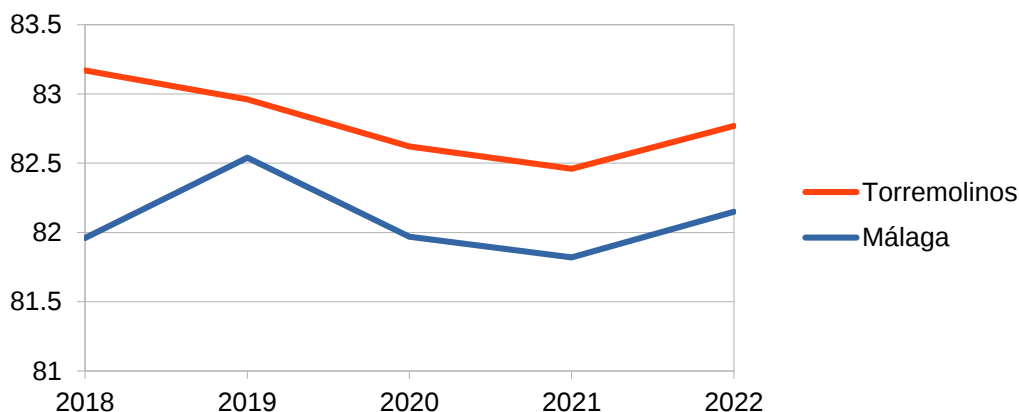
El estudio de las defunciones es una de las principales fuentes de información sobre el estado de salud de una población; para entender mejor este fenómeno, observamos su evolución y sus causas.

La **esperanza de vida** es el indicador más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en base a ello, sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. La evolución de la esperanza de vida al nacer en el Distrito Sanitario Costa del Sol, en la provincia de Málaga y en el municipio de Torremolinos se desarrolló de la siguiente forma en los últimos años.

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
Distrito C. del Sol	Ambos sexos						
	Hombres					80,92	
	Mujeres					85,79	
Málaga	Ambos sexos	81,96	82,54	81,97	81,82	82,15	82,90
	Hombres	79,53	80,11	79,43	79,38	79,66	80,48
	Mujeres	84,37	84,92	84,51	84,24	84,62	85,26
Torremolinos	Ambos sexos	83,17	82,96	82,62	82,46	82,77	
	Hombres	81,18	81,02	80,32	80,11	80,63	
	Mujeres	85,16	84,87	84,92	84,78	84,80	

Fuentes: INE, IECA. Tabla de elaboración propia.

Evolución de la Esperanza de vida al nacer en ambos sexos



Fuente: INE. Gráfica de elaboración propia.

1. Tasa mortalidad

Fallecidos en Torremolinos durante el periodo indicado/población total del municipio del mismo periodo por 1.000.

AÑO	Habitantes	Defunciones	TASA MORTALIDAD
2018	68.262	429	6,29
2019	68.661	450	6,55
2020	69.166	498	7,20
2021	68.056	506	7,44
2022	68.819	507	7,37
2023	70.434	538	7,64

Fuente: IECA y Foro Ciudad. Tabla de elaboración propia.

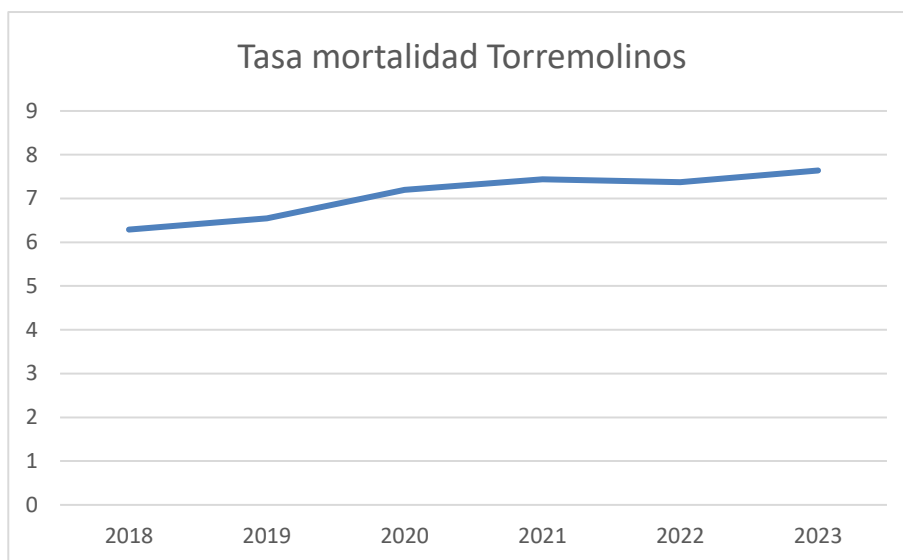
EDAD	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	538	273	265
10 - 14	1	-	1
15 - 19	-	-	-
20 - 24	-	-	-
25 - 29	1	-	1
30-34	1	-	1
35-39	5	2	3
40-44	6	4	2
45 - 49	5	5	-
50-54	10	6	4
55-59	24	15	9
60-64	29	17	12
65-69	42	28	14
70-74	61	39	22
75-79	88	58	30
80-84	74	38	36
85-89	91	35	56
90-94	65	20	45
95+	35	6	29

Fuente: IECA 2023. Mortalidad por sexo y grupos de edad. Tabla de elaboración propia.

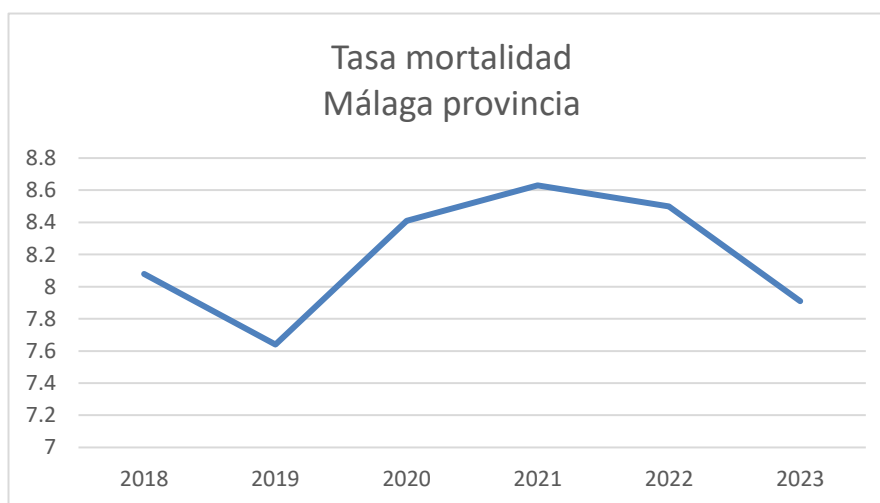
En cuanto a la tasa de mortalidad, se observa un aumento en 2020-2021 respecto a la tendencia previa, posiblemente influenciado por la pandemia COVID19. Esta tendencia se reduce en el año 2022 pero vemos cómo los datos que nos ofrece el IECA para el año 2023 superan el número de defunciones registradas en los últimos años.

Al separar por grupos de edad, en el año 2023 el grupo de 85 a 89 años fue dónde se registró el mayor número de fallecimientos en ambos sexos, mientras que si segregamos por sexos en hombres se registró el mayor número de fallecimientos en el grupo de 75 a 79 años y en mujeres en el grupo de 85 a 89 años.

2. Evolución tasa de mortalidad



Fuente: Foro-Ciudad. Gráfico de elaboración propia.



Fuente: INE. Gráfico de elaboración propia.

Se puede observar cómo la tasa de mortalidad en el municipio parece seguir una ligera tendencia ascendente en los últimos años, mientras en la provincia de Málaga tiende a disminuir en el mismo periodo.

3. APVP: Años potenciales de vida perdidos y MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable

A partir de 2018, se añade en el análisis de tendencias de Andalucía un nuevo indicador: MPPE (mortalidad prematura sensible a la prevención y atención sanitaria), es decir, las muertes que se hubieran evitado si el sistema sanitario hubiera funcionado correctamente en todos sus pasos; que se sumó al indicador que ya venía incorporándose en las estadísticas de mortalidad en Andalucía, los APVP (años potenciales de vida perdidos), en el que se reflejan los años que se han dejado de vivir por haber muerto de forma prematura.

Estos indicadores son de ayuda para el estudio de salud de la población y más específicamente para señalar los principales problemas, muchos de ellos evitables, en los que se debe trabajar en la atención sanitaria y salud pública, para una mejor calidad de vida.

	ND MpsPr		TB MPsPr		TE MPsPr	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	7.088	2.274	180,79	58,32	188,76	56,75
Málaga	1.368	507	173,72	63,27	178,54	61,10

Fuente: IECA 2022. Tabla de elaboración propia.

	ND MpsAS		TB MPsAS		TE MPsAS	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	3.278	2.397	83,6	61,48	89,15	60,05
Málaga	662	502	84,1	62,64	88,32	61

Fuente: IECA 2022. Tabla de elaboración propia.

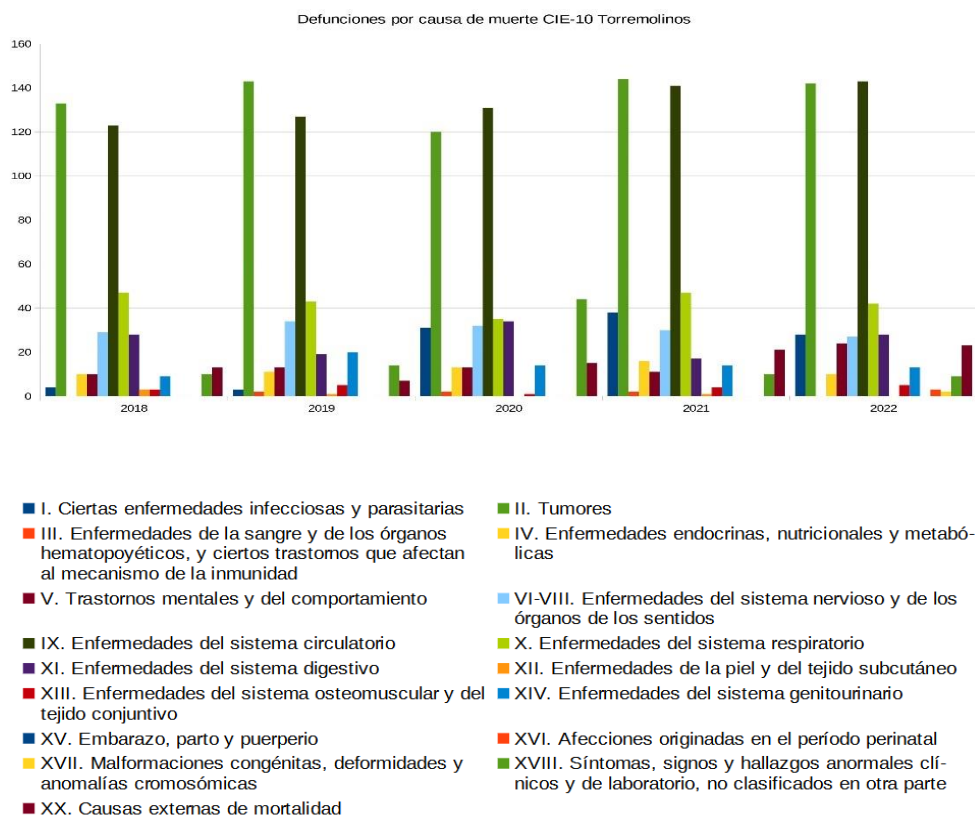
Principales indicadores de mortalidad prematura sensible a la prevención o la atención sanitaria.

- ND MPsPr: Nº de casos de mortalidad prematura sensible a la prevención (MPsPr).
- TB MPsPr: Tasa bruta de MPsPr por 100.000 habitantes.
- TE MPsPr: Tasa estandarizada de MPsPr por 100.000 habitantes.
- ND MPsAS: Nº de casos de mortalidad prematura sensible a la atención sanitaria (MPsAS).
- TB MPsAS: Tasa bruta de MPsAS por 100.000 habitantes.
- TE MPsAS: Tasa estandarizada de MPsAS por 100.000 habitantes.

Si analizamos los indicadores anteriores obtenidos durante 2022, observamos que tanto en la población malagueña como la andaluza, los casos y tasas de mortalidad prematura evitable son hasta 3 veces mayores en hombres que en mujeres. No siendo así en los datos de fallecimientos prematuros sensibles a la atención sanitaria en los que son cifras ligeramente superiores en hombres respecto a mujeres.

4. Mortalidad por causas

En cuanto a la mortalidad por sus diferentes causas, en **Torremolinos** se han obtenido los datos por diagnósticos de la CIE-10 de 2018 a 2022, objetivándose que la primera causa de muerte en el último año estudiado fue por enfermedades del sistema circulatorio junto con las muertes por tumores.



Fuente: IECA. Gráfico de elaboración propia.

En cuanto a las causas de muerte más específicas por sexo en **Andalucía en 2023**, según la lista reducida que nos ofrece el IECA, en primer lugar, en hombres estuvo el tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón y en las mujeres fueron las Enfermedades cerebrovasculares.

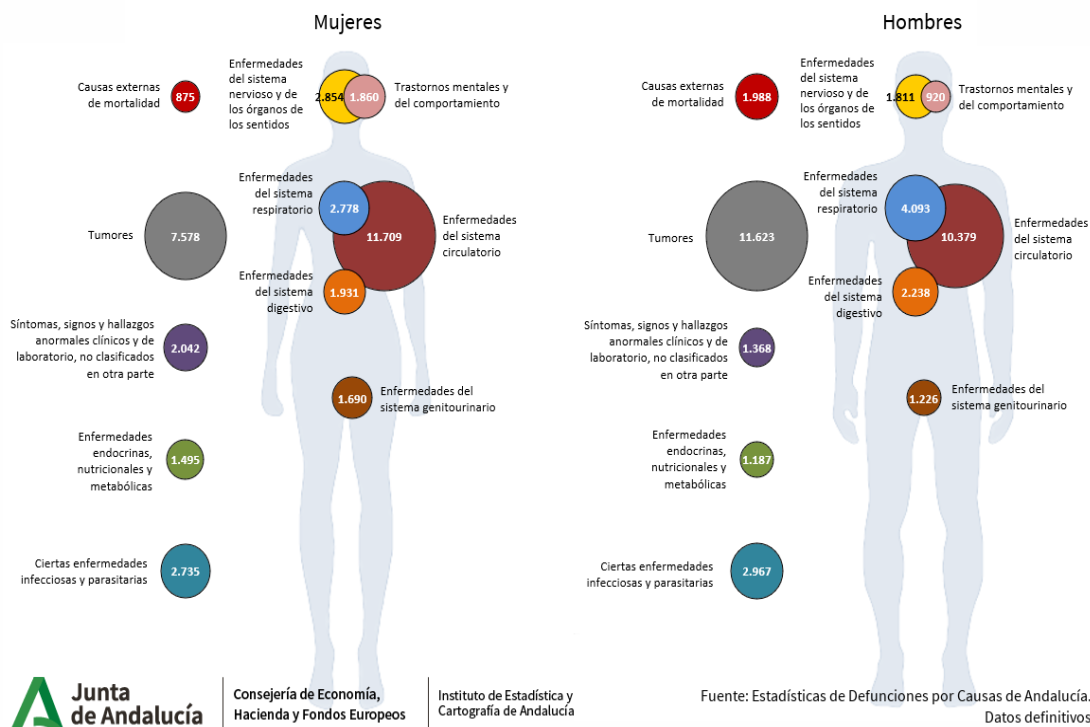
Causa de muerte (Lista reducida)	Hombres	Mujeres
Total	39.072	36.379
00A. Covid-19 Virus identificado	633	470
001. Enfermedades infecciosas intestinales	95	137
002. Tuberculosis y sus efectos tardíos	28	11
003. Enfermedad meningocócica	0	4
004. Septicemia	266	301
005. Hepatitis vírica	45	22
006. SIDA	59	14
008. Resto de enfermedades infecciosas y parasitarias y sus efectos tardíos	122	141
009. Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	313	107
010. Tumor maligno del esófago	269	59
011. Tumor maligno del estómago	425	277
012. Tumor maligno del colon	1.213	791
013. Tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano	445	230
014. Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas	563	226
015. Tumor maligno del páncreas	635	553
016. Otros tumores malignos digestivos	205	210
017. Tumor maligno de la laringe	203	15
018. Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	2.868	858
019. Otros tumores malignos respiratorios e intratorácicos	53	20
020. Tumores malignos del hueso y de los cartílagos articulares	36	25
021. Melanoma maligno de la piel	105	70
022. Otros tumores malignos de la piel y de los tejidos blandos	186	125
023. Tumor maligno de la mama	18	1.157
024. Tumor maligno del cuello del útero	0	141
025. Tumor maligno de otras partes del útero	0	300
026. Tumor maligno del ovario	0	339
027. Tumores malignos de otros órganos genitales femeninos	0	97
028. Tumor maligno de la próstata	987	0
029. Tumores malignos de otros órganos genitales masculinos	38	0
030. Tumor maligno del riñón, excepto pelvis renal	282	116
031. Tumor maligno de la vejiga	611	129
032. Otros tumores malignos de las vías urinarias	256	67

033. Tumor maligno del encéfalo	284	236
034. Otros tumores malignos neurológicos y endocrinos	42	52
035. Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	576	461
036. Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (excepto leucemia)	450	381
037. Leucemia	284	217
038. Tumores in situ	1	0
039. Tumores benignos	54	57
040. Síndrome mielodisplásico	101	70
041. Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido	256	241
042. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	137	169
043. Ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	15	17
044. Diabetes mellitus	906	1.008
045. Otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	296	373
046. Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	901	1.815
047. Trastornos mentales debidos al uso de alcohol	44	10
048. Trastornos mentales debidos al uso de drogas (drogodependencia, toxicomanía)	11	2
049. Otros trastornos mentales y del comportamiento	44	25
050. Meningitis (otras en 003)	15	11
051. Enfermedad de Alzheimer	776	1.810
052. Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	1.091	919
053. Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	81	167
054. Enfermedades hipertensivas	761	1.396
055. Infarto agudo de miocardio	1.587	984
056. Otras enfermedades isquémicas del corazón	1.619	1.057
057. Insuficiencia cardíaca	1.278	2.030
058. Otras enfermedades del corazón	1.925	2.192
059. Enfermedades cerebrovasculares	2.214	2.495
060. Aterosclerosis	67	113
061. Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	497	285
062. Influenza (gripe) (incluye gripe aviar y gripe A)	128	141
063. Neumonía	966	795
064. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)	1.571	412
065. Asma	29	94
066. Insuficiencia respiratoria	195	257
067. Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.636	1.605
068. Úlcera de estómago, duodeno y yeyuno	43	35
069. Enteritis y colitis no infecciosas	36	30
070. Enfermedad vascular intestinal	202	246
071. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	754	247
072. Otras enfermedades del sistema digestivo	1.270	1.455

073. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	69	129
074. Artritis reumatoide y osteoartritis	19	45
075. Osteoporosis y fractura patológica	151	394
076. Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	69	137
077. Enfermedades del riñón y del uréter	632	832
078. Enfermedades de los órganos genitales masculinos	64	0
079. Enfermedades de los órganos genitales femeninos y trastornos de la mama	0	20
080. Otras enfermedades del sistema genitourinario	508	736
081. Embarazo, parto y puerperio	0	3
082. Afecciones originadas en el periodo perinatal	65	55
083. Malformaciones congénitas del sistema nervioso	5	9
084. Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	14	14
085. Otras malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	38	36
086. Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	521	667
087. Senilidad	246	616
088. Muerte súbita infantil	4	3
089. Resto de síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	547	865
090. Accidentes de tráfico	260	84
091. Otros accidentes de transporte	39	3
092. Caídas accidentales	382	333
093. Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	240	124
094. Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	32	17
095. Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	191	36
096. Otros envenenamientos accidentales	30	8
097. Otros accidentes	97	53
098. Suicidio y lesiones autoinfligidas	655	190
099. Agresiones (homicidio)	47	25
100. Eventos de intención no determinada	11	6
101. Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	5	8
102. Otras causas externas y sus efectos tardíos	28	7

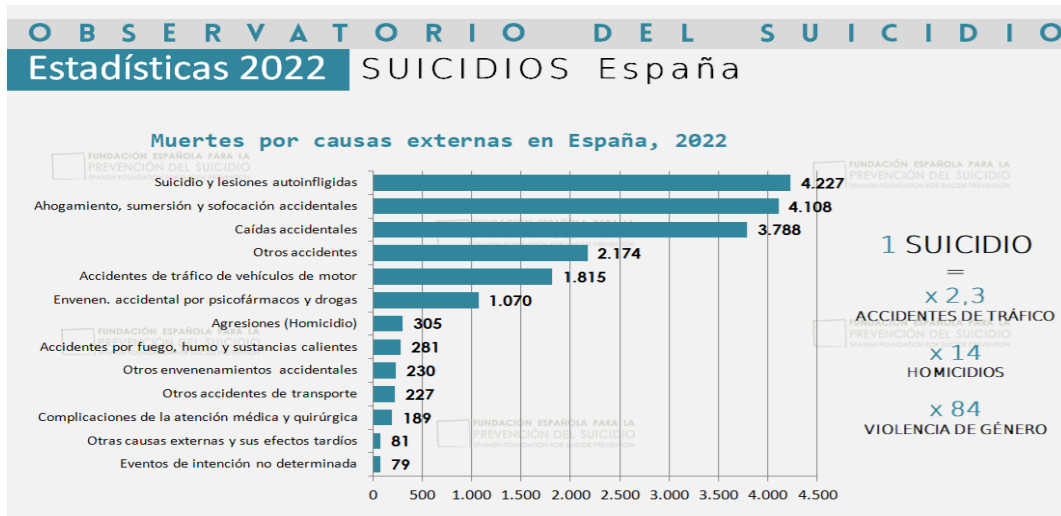
Fuente: IECA. Mortalidad por sexos 2023, Andalucía.

Defunciones de residentes en Andalucía según principales causas de muerte. Año 2022



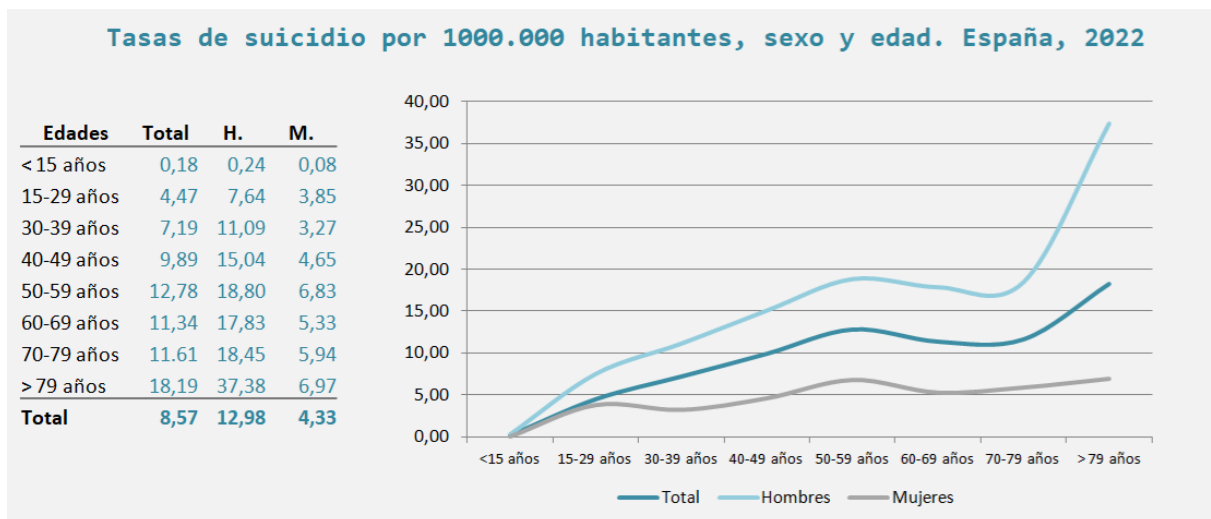
Fuente: IECA. Datos publicados a 21 de diciembre de 2023.

En este apartado abordamos de manera más específica las muertes por causas externas, que son una de las principales causas de muerte en Andalucía. Destaca que desde el 2008 el suicidio es la primera causa de muerte por causa externa en España, seguido por el ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales en los datos definitivos del 2022.



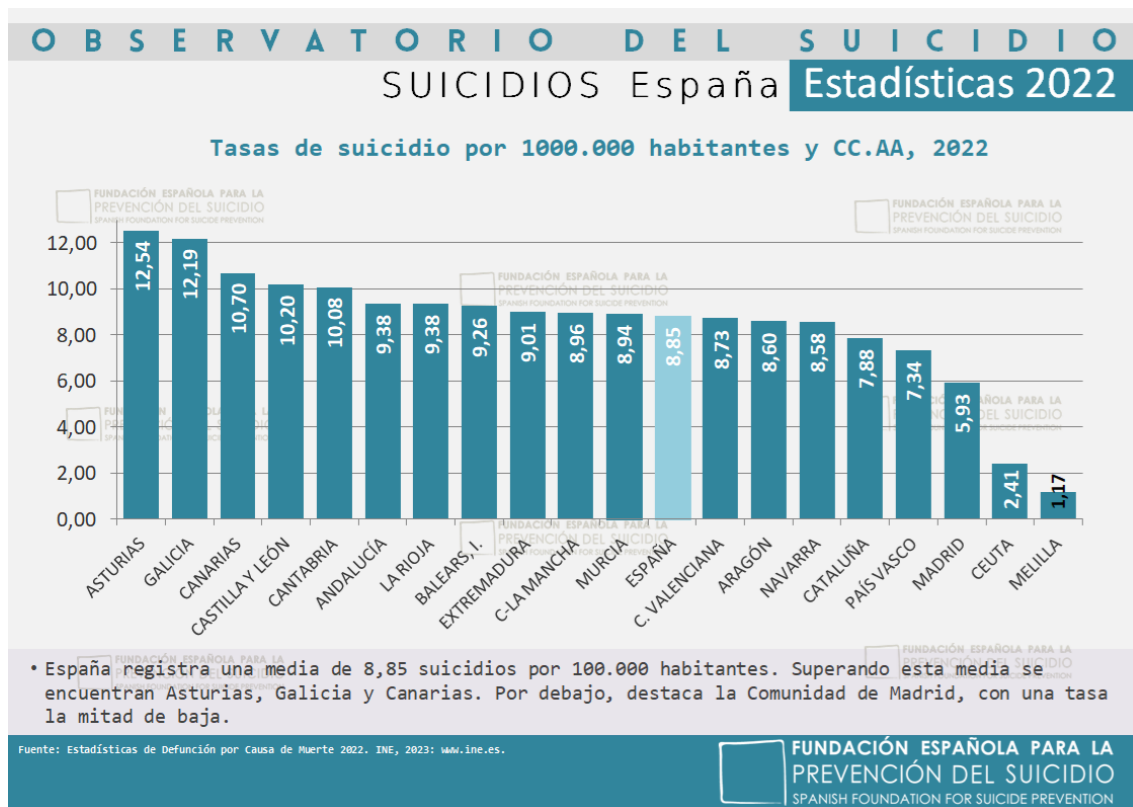
Fuente: Observatorio del Suicidio en España, datos definitivos 2022.

Al analizar la situación nacional en 2022, se observa que las tasas aumentan con la edad, siendo la mayor tasa en varones del intervalo de edad de mayores de 79 años.

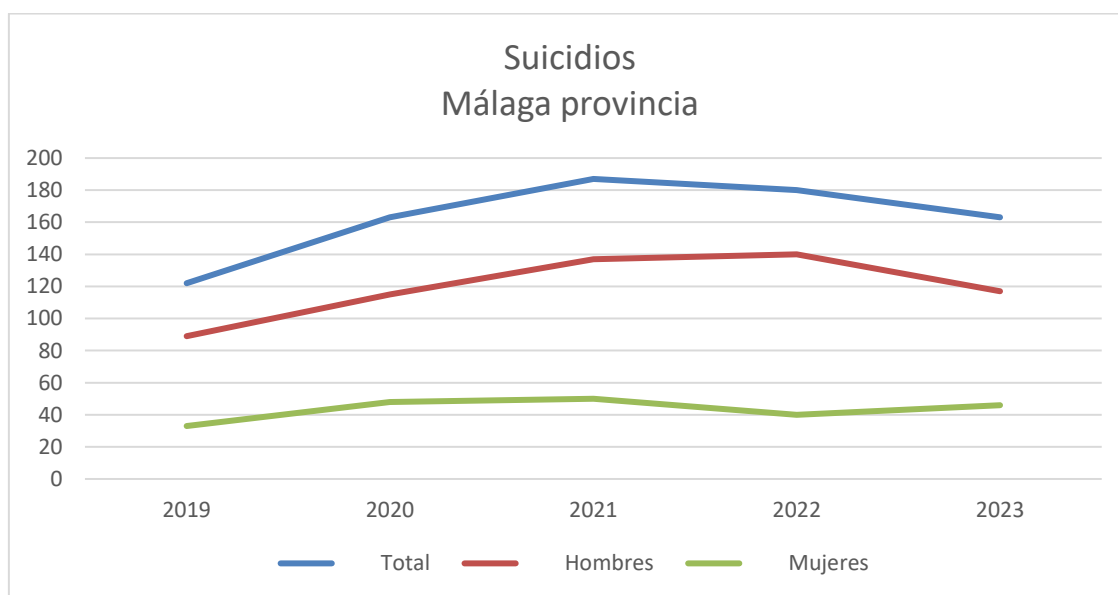


Fuente: Observatorio del Suicidio en España, 2022.

Se realiza una comparación entre las Comunidades Autónomas respecto a la media nacional, quedando Andalucía la sexta por orden descendente con una tasa del 9,38.



Analizando los datos de casos de suicidio en la provincia de Málaga de manera evolutiva desde 2019 y por sexo, se observa una tendencia en aumento siendo más acentuada en hombres respecto a mujeres hasta el año 2021. Entre los años 2021 y 2022 se observó un ligero descenso del número de suicidios totales y en mujeres, mientras que en los hombres se mantuvo prácticamente idéntico. En el último año estudiado se constató un descenso de los suicidios totales y en hombres; y un aumento de los suicidios en mujeres.



Fuente: INE 2019-2023. Gráfico de elaboración propia.

AÑO	Suicidios y lesiones autoinfligidas		
	TOTALES	HOMBRES	MUJERES
2019	122	89	33
2020	163	115	48
2021	187	137	50
2022	180	140	40
2023	163	117	46

Fuente: INE 2019-2023. Tabla de elaboración propia.

En cuanto a otra de las causas externas más frecuentes de muerte, las **defunciones por accidentes de tráfico**, se han obtenido los datos de Torremolinos mediante la DGT de 2013 a 2017, siendo 9 los fallecidos en el municipio en este intervalo.

Muertos en accidentes de tráfico en Torremolinos entre 2013 y 2017

(Cómputo a 30 días después del accidente)

	Muertos en accidentes de tráfico (Personas)
2017 - Año	6
2016 - Año	1
2015 - Año	0
2014 - Año	0
2013 - Año	2

Fuente: Dirección General de Tráfico (EpData). 2013-2017

SINIESTROS	
Bicicletas Fallecidos	0
Bicicletas Heridos Graves	0
Bicicletas Heridos Leves	0
Ciclomotores Fallecidos	0
Ciclomotores Heridos Graves	1
Ciclomotores Heridos Leves	6
Motocicletas Fallecidos	1
Motocicletas Heridos Graves	4
Motocicletas Heridos Leves	24
Turismos Fallecidos	0
Turismos Heridos Graves	0
Turismos Heridos Leves	22
Furgonetas Fallecidos	0
Furgonetas Heridos Graves	0
Furgonetas Heridos Leves	1
Camiones Fallecidos	0
Camiones Heridos Graves	0
Camiones Heridos Leves	0
Autobús Fallecidos	0
Autobús Heridos Graves	0

Autobús Heridos Leves	0
Otros Fallecidos	0
Otros Heridos Graves	0
Otros Heridos Leves	4
Peatones Fallecidos	0
Peatones Heridos Graves	0
Peatones Heridos Leves	7
Nº Accidentes con Víctimas	51
Fallecidos	1
Heridos Hospitalizados	5
Heridos no Hospitalizados	64
TOTAL	191

Fuente: DGT 2023. Tabla de elaboración propia.

En la DGT se ofrece la comparación de siniestros mortales y de fallecidos entre provincias, en este caso se comparan los datos de la provincia de Málaga con los nacionales, siendo los datos provinciales en torno al 3% del total de siniestros mortales y de fallecidos del cómputo nacional.

	Siniestros mortales		Fallecidos	
	2023	2024	2023	2024
Málaga	28	31	34	36
Total	1.002	992	1.092	1.103

Fuente: Dirección General de Tráfico, del 1 de enero al 16 de diciembre de 2023 y 2024, respectivamente. Tabla de elaboración propia.

Si se analizan las tasas, se observa como los datos de Andalucía son mayores respecto a los datos nacionales. En cuanto a la provincia de Málaga, se sitúa en 2022 como la quinta provincia de Andalucía y la vigesimosexta de toda España en tasa de mortalidad en accidentes de tráfico.

	Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico				
	2018	2019	2020	2021	2022
Málaga				2,87	4,10
Andalucía	3,15	3,78	3,41	3,71	4,12
Nacional	4,06	3,91	3,09	3,38	3,80

Fuente: INE. Tabla de elaboración propia.

❖ Bloque IV. Factores determinantes de la salud. Estilos de vida.

La salud depende de las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias vienen marcadas por factores intrínsecos de la persona, como la edad, sexo, factores genéticos y los estilos de vida aprendidos; pero además engloba todo aquello que nos rodea como las condiciones socioeconómicas, cultura, políticas del momento, tipo y condiciones de trabajo, educación, vivienda, acceso a los servicios sanitarios, etc., a estas circunstancias externas se las denomina determinantes sociales de la salud (DSS).

La promoción de estilos de vida saludables, es una línea de acción esencial que mejora la salud de la población e implica acciones dirigidas a modificar las condiciones personales, sociales, ambientales y económicas en las que se vive.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, OMS, reconoce que las enfermedades no transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas (que suelen ser de larga duración) son el resultado de la combinación de los factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares), cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma) y diabetes. Los factores de riesgo que contribuyen a las ENT: alimentación poco saludable, inactividad física, exposición al humo de tabaco, consumo nocivo del alcohol y la contaminación atmosférica; la contaminación del aire (interior y exterior) provoca 6,7 millones de muertes en el mundo, de las cuales 5,6 millones se deben a las enfermedades no transmisibles (accidentes cerebrovasculares, las cardiopatías isquémicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón). A nivel mundial, el factor de riesgo principal es la presión sanguínea alta (responsable del 25% de las muertes por enfermedades no transmisibles), seguida de la hiperglucemia, sobrepeso y obesidad.

Para reducir los riesgos asociados de las enfermedades no transmisibles, tanto en las personas como en la sociedad, es necesario un enfoque integral en todos los sectores, incluidos los de la salud, las finanzas, el transporte, la educación, la agricultura, la planificación y otros, colaboren para reducir los riesgos asociados a las ENT y promover intervenciones encaminadas a prevenirlas y controlarlas, OMS.

1. Alimentación saludable y actividad física

Sobrepeso, obesidad, sedentarismo y estilos de vida

El sobrepeso y la obesidad, son la consecuencia de un desequilibrio entre la ingesta calórica (alimentación) y el gasto calórico (actividad física), caracterizado por una acumulación excesiva de grasa.

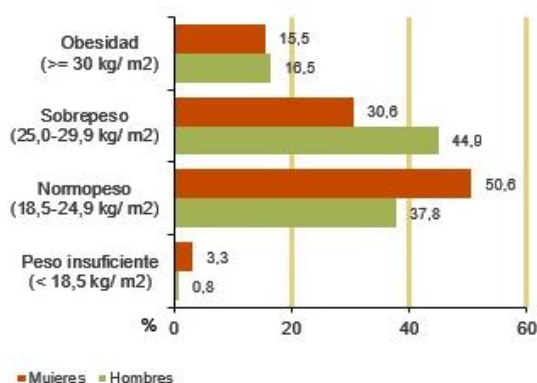
La obesidad aumenta el riesgo de diabetes tipo 2 y de cardiopatías, afecta la salud ósea y a la reproducción, aumenta el riesgo de que aparezcan determinados tipos de cáncer. También influye en aspectos de la calidad de vida como el sueño o el movimiento.

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial que se debe a un entorno obesogénico, a los factores psicosociales y a las variantes genéticas. Los ambientes obesogénicos como la suma de influencias del entorno, oportunidades y/o las condiciones de vida que fomentan la obesidad en individuos o poblaciones, Boyd Swinburn, 1999.

Según la Encuesta Europea de Salud en España, 2020. El 16,5% de hombres de 18 y más años y un 15,5% de mujeres sufren obesidad. El 44,9% de hombres y 30,6% de mujeres padecen sobrepeso. Las diferencias entre hombres y mujeres son mayores en el caso de la obesidad; el porcentaje es superior en hombres que tienen sobrepeso en todos los grupos de edad.

Índice de masa corporal según grupos de edad (% población de 18 y más años)

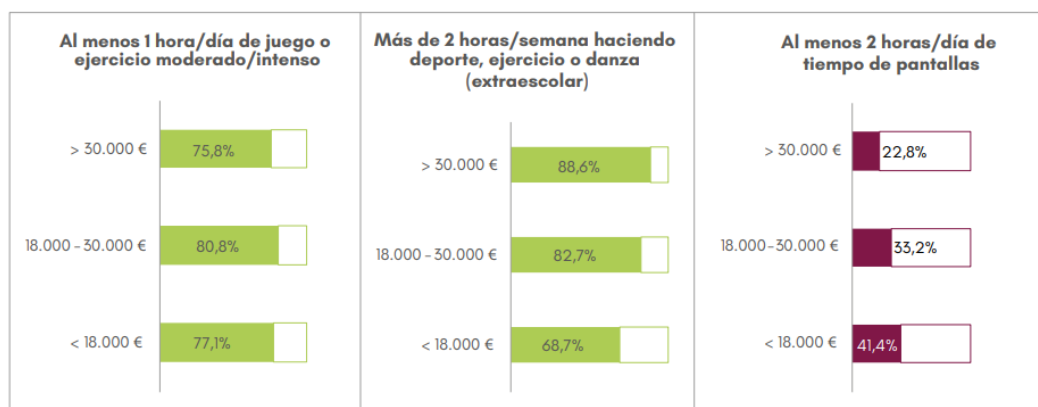
Índice de masa corporal. 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

Las categorías del IMC para definir la obesidad pueden variar en función de la edad y el género, para lactantes, niños y adolescentes.

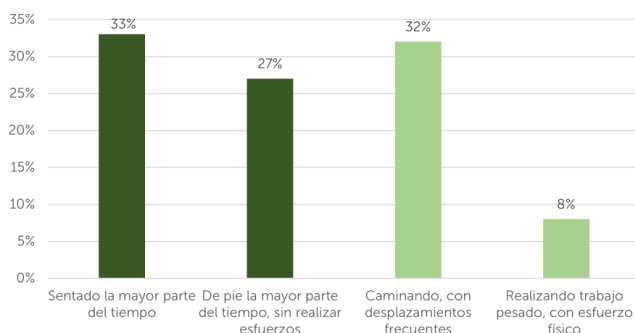
Realización de juego o ejercicio físico moderado/intenso, deporte extraescolar y exposición a pantallas en función del nivel de ingresos (%)



Fuente: Estudio Aladino 2023.

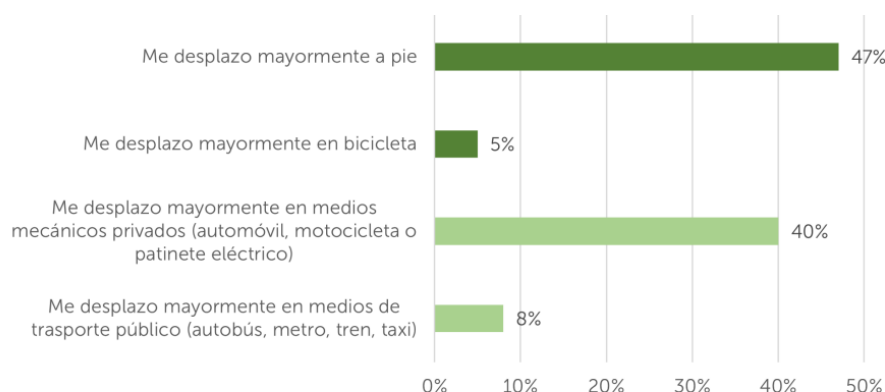
En España, la vida laboral es ya principalmente sedentaria; hombres y mujeres refieren pasar la mayor parte de su actividad principal sentados, y lo hacen en proporciones similares (38%). Respecto al tiempo libre, también el 38% de la población de 15 y más años es casi completamente sedentaria, en este caso, la proporción es mayor en mujeres (42%). En conjunto, el sedentarismo en tiempo de ocio evoluciona lenta pero favorablemente. El tiempo medio diario que se pasa sentado es de 5 horas, más elevado (6,4 horas) en el grupo de 15 a 24 años que en el resto. El 74% de la población infantil (1-14 años) pasa a diario una hora o más de su tiempo libre entre semana frente a una pantalla y, en el grupo de 1 a 4 años, más de uno de cada dos pasa por encima de una hora. No obstante, el 35% de la población entre 15 y 69 años no alcanza el nivel de actividad física saludable recomendado por la OMS. El incumplimiento de estas recomendaciones es mayor en mujeres (37% vs. 34%) y en las clases sociales menos favorecidas.

Situaciones que describen mejor la actividad física AF desarrollada, sea cual sea la actividad principal, en Málaga (%)



Fuente: Estudio Hábitos Deportivos en Andalucía (Exp.335/21).
Fundación Centro de Estudios Andaluces/Universidad de Córdoba.

La población en la provincia de Málaga, en los desplazamientos diarios a casa, trabajo, lugar de estudio o de ocio: el 47 % dice desplazarse mayormente a pie, mientras que un 40 % afirma hacerlo por medios mecánicos privados (automóvil, motocicleta o patinete eléctrico).



Fuente: Estudio Hábitos Deportivos en Andalucía (Exp.335/21).
Fundación Centro de Estudios Andaluces/Universidad de Córdoba.

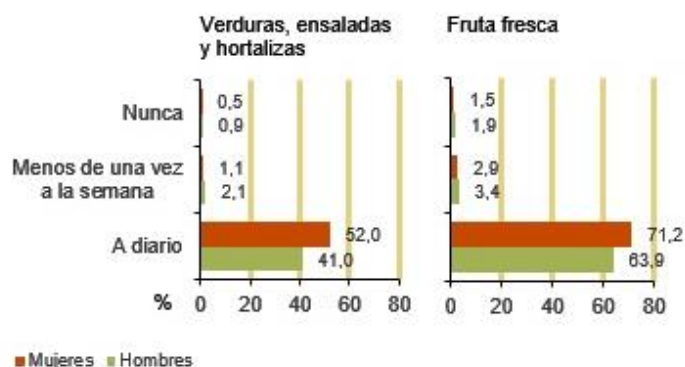
Del cruce de las variables sociodemográficas y territoriales, se desprende que los y las malagueñas que permanecen más tiempo sentados son los residentes en municipios mayores de 50.000 habitantes, que representan el 70 %. En cuanto a la edad, los más jóvenes son los que la mayor parte del tiempo están sentados (un 41 %), Estudio de Hábitos Deportivos en Andalucía.

Estilos de vida y sobrepeso-obesidad

Los estilos de vida están compuestos de contextos socioculturales, económicos y de entornos donde viven y crecen niños/as que pueden tener o no influencias para la motivación y el acceso a los estilos de vida saludables, destacan por su importancia tres ámbitos: alimentario, ocio y actividad física y sociocultural. Es fundamental fomentar los hábitos saludables en familia. El sobrepeso y la obesidad se producen por un desequilibrio energético entre las calorías consumidas (alimentación) y las gastadas (actividad física y sedentarismo).

Consumo de fruta, verduras, ensaladas y hortalizas según grupos de edad (%)

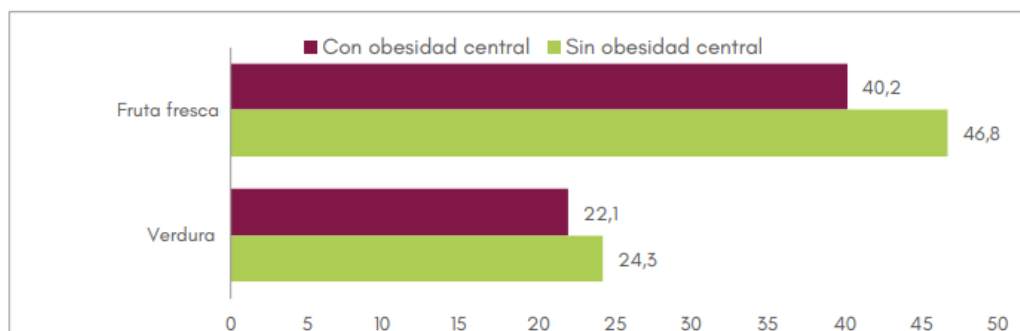
Consumo de fruta y verdura. 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

La población escolar sin obesidad central consume diariamente tanto fruta fresca como verdura en proporciones significativamente mayores que quienes padecen obesidad central. Si consideramos el número de raciones diarias, el consumo a partir de 3 raciones diarias es significativamente más frecuente entre el grupo sin obesidad central frente a quienes padecen obesidad central.

Consumo diario de fruta fresca y verdura en función de presencia obesidad central (%)



Nota: Los valores que no comparten el mismo subíndice en cada alimento son significativamente diferentes en $p < 0,05$.

Fuente: Estudio Aladino 2023.

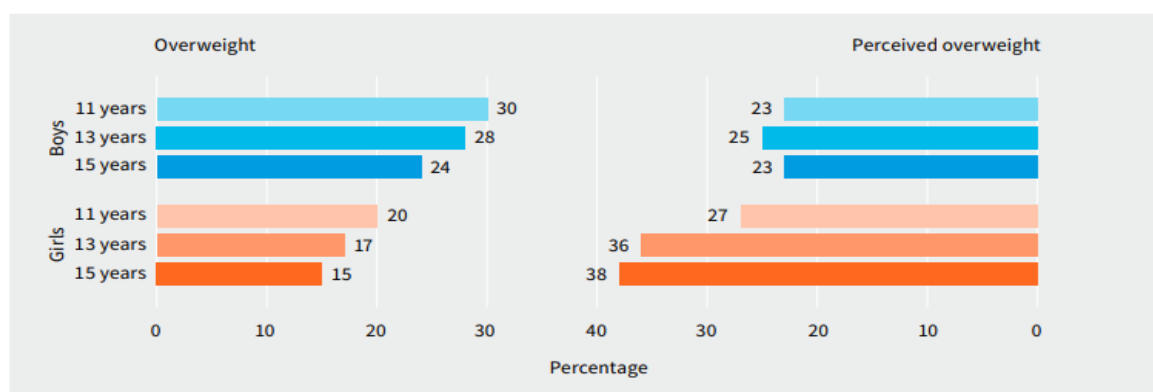
Contribuyen al riesgo de desarrollar obesidad una mayor densidad energética en la alimentación, el aumento de consumo de azúcares libres y el descenso del consumo de fibra. Influyen también el aumento del consumo de alimentos procesados con mayor contenido de azúcares, sal y grasas y con menos contenido en fibra, proteínas y micronutrientes esenciales.

España es el país de la Unión Europea, que menos niños/as consumen vegetales diariamente y el 3º en el consumo diario de fruta fresca, Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad; y el sobrepeso percibido por edad y sexo, en la que participan casi 50 países occidentales; la prevalencia de sobrepeso percibido por edad y sexo más baja se registró entre los niños de 11 y 15 años (23%) y la más alta entre las niñas de 15 años (38%).

Los indicadores de estilos de vida utilizados en el estudio HBSC: alimentación y dieta, higiene dental, actividad física y sedentarismo, consumo de drogas, conducta sexual coital, accidentes y lesiones, conducta antisocial y el uso de redes sociales.

Prevalence of overweight and obesity and perceived overweight by age and gender



Note: no data were received for perceived overweight from Norway and United Kingdom (Scotland). No data were received for overweight (BMI) from United Kingdom (England) and United Kingdom (Scotland) (11- and 13-year-olds). Countries/regions and age-group samples missing more than 50% of BMI data were not included in the calculation of overweight for each age group, including Denmark (Greenland), Ireland, Romania, United Kingdom (England) and United Kingdom (Wales) (15-year-old girls), and Norway (11-year-old girls).

Fuente: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), OMS, 2022.

Las diferencias socioeconómicas están presentes en casi todos los países y regiones; siendo mayor el porcentaje de adolescentes con sobrepeso que provienen de familias de bajos recursos.

El resultado más visible de la obesidad infantil se produce sobre la salud física; existen también efectos psicosociales negativos en la salud mental, en la calidad de vida y en el desarrollo, baja autoestima, dificultades para relacionarse, menor rendimiento escolar, mayor absentismo y una menor probabilidad de tener buenos resultados escolares o de completar una educación superior.

Ámbito de ocio y actividad física

Los estilos de vida menos saludables se asocian entre sí de forma que los y las escolares con una mala alimentación son también menos activos. En la adolescencia disminuye el porcentaje de escolares activos.

En Málaga, según el tamaño del municipio, el 68% de personas que vive en poblaciones de más de 50.000 habitantes: el 65% de las personas de 56 o más años, su principal actividad de tiempo libre en un 20 % de los casos es andar, caminar, pasear, senderismo o pasear en bici; al igual que sucede en buena parte de las provincias andaluzas, aunque en este caso se sitúa 2 puntos por debajo de la media.

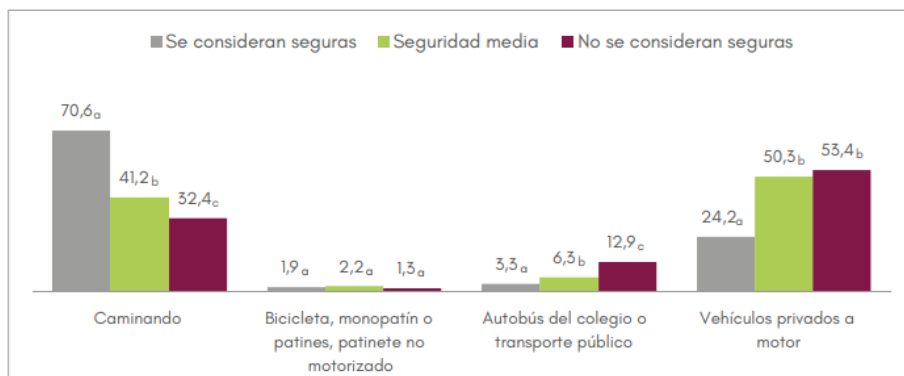
Principales actividades de ocio y tiempo libre de la población malagueña (%)



Fuente: Estudio Hábitos Deportivos en Andalucía (Exp.335/21).
Fundación Centro de Estudios Andaluces/Universidad de Córdoba.

La seguridad de las rutas de ida y vuelta al colegio, ya sea para ir andando, en bicicleta, en monopatín o patinete no motorizado (con una escala de puntuación de 1-totalmente seguras a 10-totalmente inseguras) que analiza la asociación con el medio de transporte utilizado en estos desplazamientos. Aproximadamente la mitad de las familias (49,9%) respondieron que consideraban seguras las rutas, mientras que el 22,3 % consideraban que la seguridad era media, y el 27,8 % las consideraban inseguras. La percepción de seguridad y el medio de desplazamiento activo, aumenta significativamente los porcentajes de los escolares que realizan los trayectos caminando cuanto mayor es la percepción de seguridad de la ruta.

Medio de transporte empleado para ir al colegio en función de la percepción de seguridad de las rutas (%)

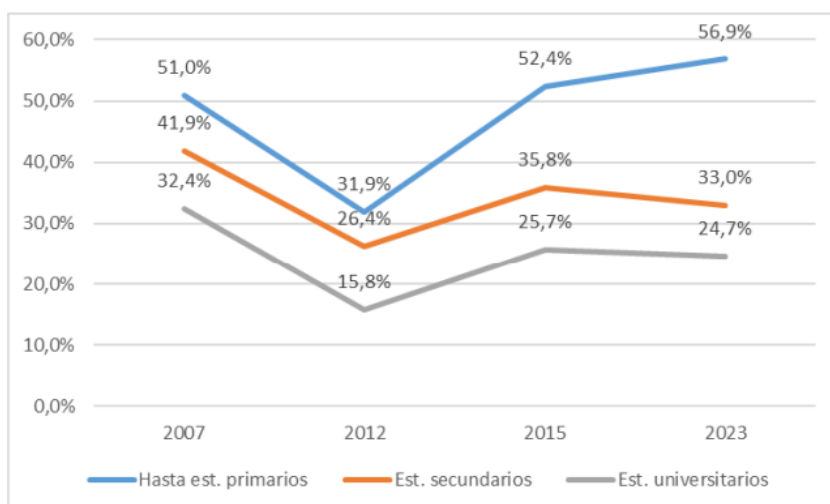


Nota: los valores con distinto subíndice dentro de cada medio de desplazamiento son significativamente diferentes en $p < 0,05$.

Fuente: Estudio Aladino 2023.

El envejecimiento activo y saludable, tiene un descenso entre 2015/16 y 2023 de 10 puntos porcentuales entre las personas sedentarias mayores de 65 años. La población adulta de 16 y más años, en los niveles más bajos de estudios mantiene la tendencia ascendente de sedentarismo, con 24 puntos porcentuales más que en el nivel de estudios secundarios.

Porcentaje de sedentarismo en tiempo libre de la población adulta andaluza de 16 y más años, por nivel de estudios. 2007-2023.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: EASP

2. Salud sexual

En relación a la salud sexual como parte esencial de un estilo de vida saludable, nos gustaría señalar dos áreas problemáticas en las que creemos que es necesario diseñar e implantar estrategias de educación para la salud; el aumento de las Infección de Transmisión Sexual y el consumo de pornografía en la pubertad y adolescencia.

Prevención de las ITS

El aumento constante y significativo de las infecciones de transmisión sexual (ITS) pone en evidencia la práctica de relaciones sexuales no protegidas, en un contexto cultural en el que, la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales es cada vez más precoz, aumenta el número de parejas sexuales a lo largo de la vida, y el uso del preservativo disminuye.

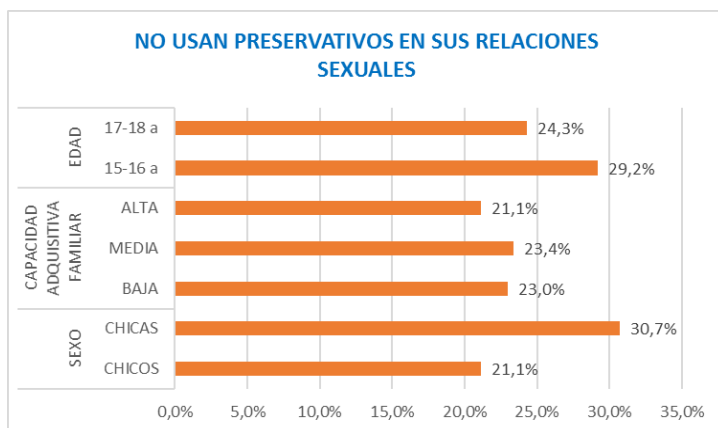
En relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales en Andalucía, el Estudio sobre Conductas relacionadas con la Salud en Escolares de 11 a 18 años, realizado en 2018 (Health Behaviour in School-aged Children-HBSC), señala que, entre los 17 y 18 años, cerca de la mitad de los y las jóvenes ya han mantenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio antes de los 15 para el 27,8 % de ellos. Este mismo dato sube al 41,9 % en el caso de los menores que pertenecen a familias con menos ingresos económicos.

Descripción de las variables sexo, edad y capacidad adquisitiva de los menores que han tenido relaciones coitales

		Total	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Total		486	2,1%	0,8%	6,1%	18,8%	23,5%	31,3%	14,0%	3,4%
Sexo	Chico	256	4,0%	1,6%	5,6%	19,2%	22,5%	30,5%	12,2%	4,4%
	Chica	230	0,0%	0,0%	6,6%	18,5%	24,7%	32,1%	15,9%	2,1%
Grupo de edad	11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-16 años	124	4,3%	3,2%	12,8%	39,9%	30,3%	9,6%	0,0%	0,0%
	17-18 años	361	1,4%	0,0%	3,8%	11,6%	21,2%	38,8%	18,8%	4,5%
Grupo de edad por sexo	Chico 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 15-16 años	69	7,6%	5,7%	11,4%	38,1%	25,7%	11,4%	0,0%	0,0%
	Chico 17-18 años	186	2,6%	0,0%	3,5%	12,1%	21,3%	37,6%	16,8%	6,1%
	Chica 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 15-16 años	55	0,0%	0,0%	14,5%	42,2%	36,2%	7,2%	0,0%	0,0%
	Chica 17-18 años	175	0,0%	0,0%	4,2%	11,0%	21,1%	40,0%	20,9%	2,8%
Capacidad Adquisitiva Familiar	Baja	105	1,3%	1,3%	9,1%	30,2%	17,9%	29,4%	7,8%	3,1%
	Media	190	0,9%	0,7%	4,9%	11,9%	27,1%	37,6%	14,9%	2,1%
	Alta	93	2,9%	0,0%	1,7%	17,6%	29,8%	28,2%	14,5%	5,3%

Fuente: HBSC 2018. Muestra Andaluza.

En relación al uso del preservativo en las relaciones coitales, en los más jóvenes, en este mismo estudio los resultados indican que alrededor de un 25% de los que mantienen relaciones sexuales, no utilizan habitualmente preservativo.



Fuente: HBSC 2018. Muestra Andaluza.

a prevención de las Infecciones de transmisión sexual (ITS), supone abordar algunas de las siguientes creencias erróneas, que obstaculizan las prácticas sexuales protegidas:

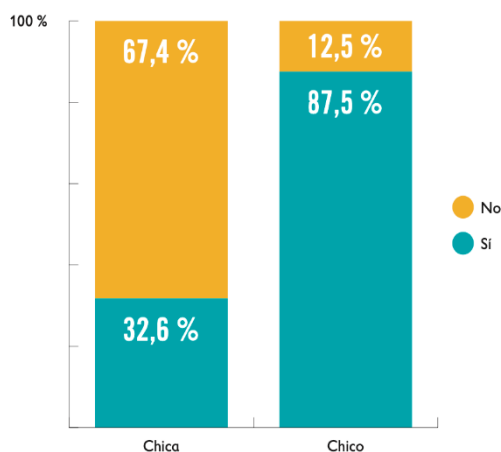
- Todas las ITS presentan síntomas.
- Las ITS son producto de la promiscuidad.
- Los miembros de parejas “estables” no tienen riesgo de contraer una ITS.

Nuevos riesgos: acceso a pornografía en pubertad y adolescencia

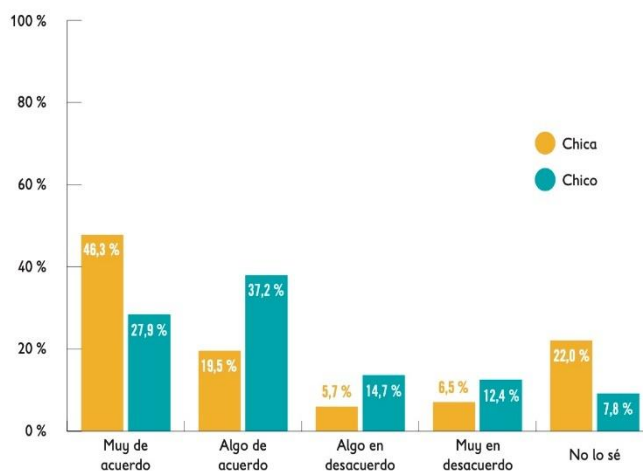
Hoy en día existen ya multitud de evidencias que nos indican que un gran número de nuestros adolescentes, acceden a videos de contenido sexual explícito; los profesionales sanitarios que trabajan en el programa Forma Joven así lo atestiguan también en función de las preguntas, inquietudes y afirmaciones que observan en las aulas y en las asesorías.

El estudio realizado por Save the Children en 2020 entre jóvenes de 13 a 17 años, en la muestra de la población andaluza, el 60,9 % de las y los jóvenes entre 13 y 17 años visualizó vídeos pornográficos alguna vez, siendo la diferencia por sexos muy llamativa.

¿Alguna vez has visto pornografía?



¿Crees que los contenidos de la pornografía son a veces violentos?



Fuente: Estudio (Des) Información sexual: Pornografía y adolescencia. Save the Children.

La edad del primer contacto entre los varones serían los 11 años, y entre las chicas, los 13. Otros estudios nacionales (Ballester L. 2019) sitúan la edad de inicio a los 8 años, haciéndose frecuente y más estable a los 13 en varones y 15 en mujeres.

En cuanto a la frecuencia de acceso a estos contenidos, el 71,8 % de las personas que sí han visto pornografía, la han buscado en los últimos 30 días; el 87% son chicos y el 13 % restante chicas. La mayoría considera que su consumo es responsable, pero un 33,7 % siente que ve más pornografía de la que le gustaría.

En cuanto a la percepción de violencia, un 65,7% reconoce que los contenidos pornográficos son violentos; en este punto también hay diferencias significativas entre chicos y chicas, ya que más del doble de chicos (27,1 %) que de chicas (12,2 %) opina que no hay violencia.

Esta práctica tan extendida, expone a nuestros adolescentes a una variedad de riesgos entre los cuales habría que resaltar, la normalización e incluso erotización de prácticas sexuales violentas, ejercidas además normalmente por parte de varones hacia mujeres, el refuerzo a la primacía del deseo masculino sobre el femenino, y la ocultación de los riesgos asociados a la actividad sexual.

Un reciente artículo de revisión (A. Villena, 2020) señala también otros riesgos:

- El 37,7% de los varones y el 19,3% de las mujeres serían usuarios de riesgo, porque presentan una mayor probabilidad de desarrollar un uso problemático o adicción.
- Favorecer el “sexting” o envío de imágenes y videos sexuales explícitos propios a través del teléfono móvil o las redes sociales. 1 de cada 4 adolescentes refieren haberlo llevado a cabo alguna vez.
- Alimentar lo que se conoce como “porno de venganza” (revenge porn) o difusión de contenido sexual explícito como una venganza tras una ruptura sentimental. Es una práctica que parece haberse extendido en los últimos años entre los más jóvenes y, además, se trata de una categoría en auge en los portales pornográficos online.

Algunos autores consideran que existe una relación entre el consumo de pornografía y efectos perjudiciales en las relaciones sexuales, que fomentaría relaciones sexuales de riesgo al no usar anticonceptivos, mayor uso de sexting, encuentros con múltiples parejas sexuales y expectativas irreales sobre la relación sexual, afectando a la satisfacción sexual.

3. Adicciones

Tabaquismo

La Organización Mundial de la Salud, reconoció al tabaco como droga en 1974 y la American Psychiatric Association en 1980. En EE.UU. el informe de “US Surgeon General” titulado “Nicotine Addiction”, estableció las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia por su contenido en nicotina que produce una serie de alteraciones equiparables a otras drogas; siendo la vía inhalatoria muy adictiva.

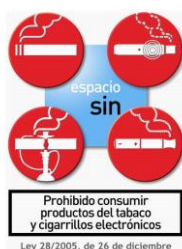
El consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedad y muerte prevenible a nivel mundial, es un factor de riesgo de primer orden y la principal en las enfermedades crónicas: enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes, enfermedad respiratoria crónica. Se estima una media nacional de 51.870 fallecidos al año, con una evolución diferencial en las muertes por cáncer de pulmón que se triplica en los últimos 20 años.

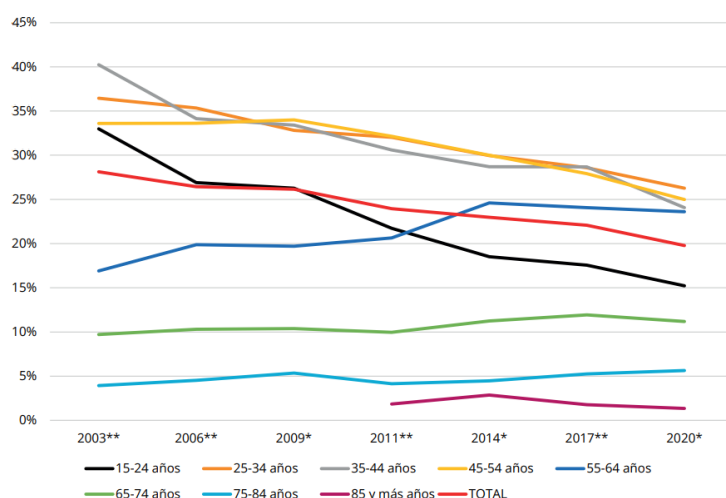
Para frenar la epidemia del tabaquismo la OMS impulsó el Convenio Marco de Control de Tabaco (CMCT), y la estrategia MPOWER (M monitorizar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, P proteger a la población del humo ambiental de tabaco, O ofrecer ayuda para dejar el tabaco, W advertir de los peligros del tabaco, E hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, R aumentar los impuestos al tabaco).

El abordaje del tabaquismo se contempla en la Ley 42/2010 que modifica la Ley 28/2005 de medidas frente al tabaquismo. La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, el artículo 41.d) insta a incluir actuaciones de “lucha contra el tabaquismo” entre el contenido mínimo de los Planes Locales de Salud.

En 2010, para reforzar sus objetivos dentro del sistema sanitario, se crea la Red Andaluza de Servicios Sanitarios y Espacios Libres de Humo (RASSELH) adherida desde sus inicios a la Global Network For Tobacco Free Health Services (ENSH).

En la población escolarizada de 14 a 18 años, la edad de inicio en el consumo durante los últimos 30 años, ha permanecido estable entre los 13-14 años y los 14,5-15 respectivamente. Desde la modificación de la Ley 28/2005 en el año 2010, ha descendido entre 4 y 5 puntos porcentuales.





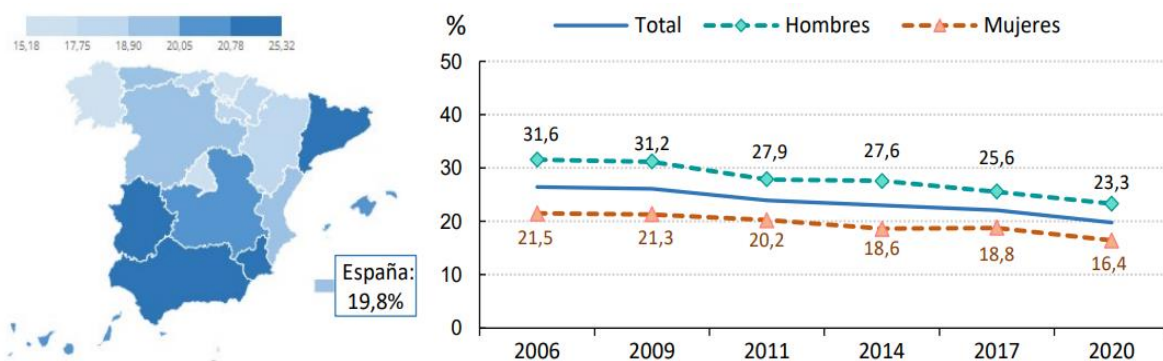
Prevalencia del consumo diario de tabaco en España por grupos de edad (Fuente: EESE 2020).

Destaca el binomio tabaco-cannabis, en cuanto al consumo dual de tabaco con otras sustancias estupefacientes en estudiantes de 14 a 18 años.

Se ha demostrado en numerosos estudios que el HAT tiene un efecto negativo en la salud de las personas no fumadoras y está relacionado con patologías propias del consumo activo como puede ser el cáncer de pulmón, la EPOC y la cardiopatía isquémica. El humo exhalado por la persona fumadora y al que se ve expuesta el entorno de una persona no fumadora es lo que se denomina Humo ambiental de tabaco (HAT).

La exposición al humo de Segunda mano hace referencia al humo que se inhala de forma involuntaria al estar expuesto a un ambiente donde otros han fumado; el de Tercera mano es el residuo que se deposita en la ropa, objetos, muebles, alfombras, coches, etc., que puede permanecer durante mucho tiempo después de que se haya consumido el cigarrillo; y el de Cuarta mano, hace referencia al impacto medio ambiental y los riesgos para la salud (colillas de los cigarrillos).

La población tiene derecho a respirar un aire limpio, a conocer los riesgos asociados del consumo de tabaco y de la exposición al humo de segunda, tercera y cuarta mano; y a conocer los riesgos para la salud asociados a la sinergia entre el consumo de tabaco y la exposición al radón.



Consumo diario de tabaco en población adulta. España, 2020 y evolución 2006-2020.

Alcohol

El consumo de alcohol, es un comportamiento que goza de amplia aceptación social en España, a pesar de sus probados efectos negativos sobre la salud. Es perjudicial para el desarrollo de las personas menores de edad, durante la gestación y en la lactancia materna, puede dañar al feto y causar trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF), siendo de difícil diagnóstico, desde leves y hasta graves, y perdurables toda la vida.

El consumo de alcohol:

- Está asociado a un importante número de problemas que afectan a las personas en particular, así como a la sociedad y la economía en general.
- Es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en nuestro país, así como un factor de riesgo importante en los problemas sociales.
- La prevención es fundamental para reducir el daño que produce este tipo de consumos.

En España se ha podido comprobar que la intervención breve y la identificación temprana son efectivas y ayudan a disminuir el consumo de alcohol. Siendo las estrategias comunitarias el marco normativo adecuado para lograr los mejores resultados. Las personas que dependen del alcohol tienen dos o tres veces más probabilidades de sufrir depresión o ansiedad durante su vida.

Patologías relacionadas con el consumo de alcohol

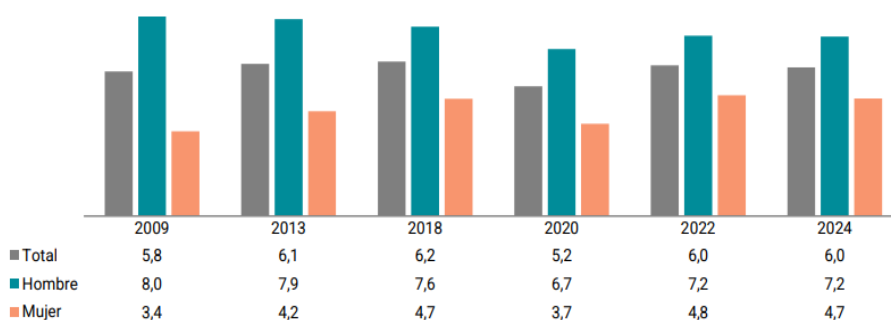


Basada en: Alcohol, OMS, 2018.

Para reducir los daños producidos por el consumo de alcohol, se necesita de un abordaje intersectorial en la desintoxicación, deshabitación y rehabilitación. Las intervenciones se coordinan con los diferentes recursos ambulatorios: salud mental, centro de atención a personas con drogodependencia, asociaciones de ayuda mutua (Alcohólicos Anónimos, Confederación de personas adictas y familiares en rehabilitación de España Caarfe, Grupo de educación sanitaria y promoción de la salud PAPPS, etc.).

Consumir alcohol de manera habitual (consumo 5-6 copas/cañas el fin de semana) es percibido como un riesgo por algo más de la mitad de la población (51,0%), ligeramente inferior a la proporción de individuos que cree que beber 1-2 copas/cañas cada día es muy perjudicial para la salud. En relación al consumo habitual de cannabis (una vez por semana o más), el 83,6% de la población considera que es un comportamiento que ocasiona bastantes/muchos problemas para la salud. De manera general, las percepciones de riesgo son mayores entre las mujeres, dándose las mayores diferencias respecto al consumo de alcohol ya sea a diario o en fin de semana, y en el consumo esporádico de cannabis, es decir, una vez o menos al mes.

Evolución de la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT≥8 en hombres y AUDIT≥6 en mujeres) en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2009-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

4. Violencia de Género y Maltrato Infantil

Violencia de género

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1996 reconoció que la violencia sobre las mujeres era un problema de Salud Pública, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que tiene sobre la salud. La violencia de género puede ser física, psicológica, sexual, económica y/o ciberviolencia.

Según la última macroencuesta de violencia contra la mujer en España (2019), el 32,4% de mujeres de 16 años o más, ha sufrido al menos un tipo de violencia de la pareja actual o de parejas pasadas en algún momento de su vida. Extrapolando esta cifra a la población, se estima que 6.605.825 mujeres de 16 o más años han sufrido violencia de alguna pareja o expareja a lo largo de sus vidas.

ESTIMACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA

Algún tipo de VG

57.9 %

Acoso reiterado

15.2 %

Acoso sexual

40.4 %

Sexual

13.7 %

Física

21.5 %

Violencia de pareja

26.5 %



FUENTE Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2020). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019.

En una relación de violencia la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor, siendo para el maltratador la ratificación de que su estrategia funciona. Los trastornos y problemas psicológicos de las mujeres son consecuencia del maltrato, no la causa.

Desde 2018 (Ley 7/2018), se considera que las hijas e hijos de las mujeres que están sufriendo violencia física, sexual o psíquica por sus parejas o exparejas, siempre son también, víctimas directas de la violencia de género.

La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, psíquica, sexual, reproductiva y social de la mujer, que persisten incluso después de que la situación haya terminado. Las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja, pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que aquéllas que no son víctimas de tal violencia.

En relación con la salud mental se detecta depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastornos psicopatológicos, baja autoestima, trastornos de la conducta alimentaria, etc.

En relación con la salud sexual y reproductiva, se detecta embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos o provocados, bajo peso al nacer, etc.

Posibles consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres

SALUD FÍSICA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SALUD PSÍQUICA
• Muerte (homicidio, suicidio) • Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad • Deterioro funcional • Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas) • Agravamiento de situaciones crónicas: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño y discapacidades	• Conductas sexuales de alto riesgo para contagio de ITS y VIH/SIDA • Coerción reproductiva o falta de autonomía sexual y reproductiva • Embarazo no deseado • Retraso en el inicio de los cuidados prenatales. • Ganancia de peso inadecuada en el embarazo • Infecciones vaginales, cervicales y renales. • Sangrados y hemorragias durante el embarazo. • Aumento del riesgo de aborto, parto prematuro, Bajo Peso del Recién Nacido	• Depresión • Ansiedad • Trastorno por estrés postraumático • Baja Autoestima • Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia • Trastornos psicopatológicos • Intento de suicidio, autolesiones • Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos • Mala o salud autopercebida

Fuente: Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, 2024.

Los factores que determinan el impacto en la salud de las hijas e hijos de mujeres en relaciones de maltrato son, básicamente, la edad, su nivel de desarrollo, sexo, el tipo de violencia o violencias que sufre la madre, la severidad y tiempo de exposición a la violencia, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes. Los problemas de salud detectados, afectan a diferentes áreas: física, psíquica, cognitiva, conductual y social y tiene efectos a corto, medio y largo plazo.

Posibles consecuencias de la violencia de género sobre la salud de hijos e hijas

SALUD FÍSICA
• Muerte por homicidio o por interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia • Daños y lesiones • Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos • Alteraciones del sueño y de la alimentación • Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
SALUD PSÍQUICA
• Ansiedad, depresión, baja autoestima • Trastorno de estrés postraumático • Déficit de atención y concentración, hiperactividad • Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar • Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras • Comportamientos de riesgo • Adicciones • Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre • Trastornos psicopatológicos
A LARGO PLAZO O TRANSGENERACIONAL
• Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres en particular y hacia las mujeres en general, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar. • Mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y reproducir la conducta del agresor con su madre o en relaciones de pareja. • Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

Fuente: Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, 2024.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, cuenta con un Protocolo específico para el abordaje de la violencia de género desde los centros sanitarios; donde se detalla, entre otros, que los profesionales del Servicio Andaluz de Salud tienen la obligación legal (artículo 262 y 544 ter. párrafo 2º de la LECr.), de poner en conocimiento de la autoridad judicial la Confirmación o Sospecha de Violencia de

Genero de toda mujer atendida, mediante la emisión de un parte judicial o un informe de sospecha a fiscalía.

La media de partes judiciales por violencia de género que emite el Distrito Costa del Sol anualmente es de 600 partes, representando Torremolinos el 21 % del total de dichos partes; siendo la media de partes judiciales emitidos en Torremolinos anualmente desde sus dos centros de salud y el dispositivo de urgencias, es de 126.

El Distrito Costa del Sol, cuenta con un Equipo de Atención a la Mujer (EAM) víctima de violencia de género, que atiende de forma exclusiva y en colaboración con el resto de profesionales a la mujer que sufre violencia de género y a sus hijos; coordinando la actuación de servicios sanitarios con el resto de recursos municipales y provinciales contra la violencia de género. Se atiende una media de 750 mujeres por este motivo por parte del Equipo especializado; así como a los menores a su cargo; emitiendo los informes SIMIA correspondientes a ellos como víctimas también de la violencia de género en el ámbito familiar.

El Distrito Costa del Sol forma anualmente a la totalidad de sus profesionales en violencia de género; contando con al menos un referente por Centro de Salud. Estos referentes por centro son profesionales expertos en la materia que conforman la Comisión de Violencia de Género del Distrito, donde se analiza anualmente la situación en violencia de género de la población adscrita al Distrito y estrategias de mejora; desarrollando este trabajo en colaboración con los hospitales de referencia, el 061 y los Equipos de Salud Mental de la zona.

Desde 2023, el Distrito Costa del Sol está reconocido por la Consejería de Salud a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ACSA, como “Centro comprometido en la lucha contra la violencia de género”; lo que significa un reconocimiento al trabajo de calidad desarrollado por sus profesionales y centros frente a este importante problema de salud pública.

Maltrato infantil

Maltrato Infantil (MI) es cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide o interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social (de Paúl 1998). El maltrato infantil puede ser físico, psicológico, por negligencia o abandono, sexual, bullying, grooming, y por violencia de género, entre otros.

El Maltrato Infantil daña de manera importante la salud física y psicológica del menor, llegando a provocar incluso su muerte; siendo sus consecuencias persistentes a lo largo de toda la vida del menor, en función de la gravedad y mantenimiento del maltrato sufrido.

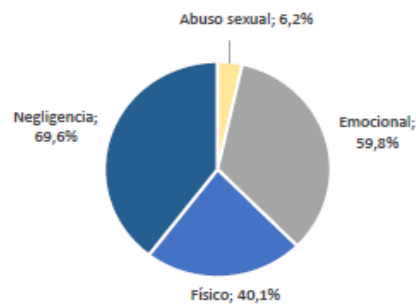
Algunos datos sobre Maltrato Infantil en España y Andalucía:

- En España se confirma maltrato en 5-8/10.000 niños, aunque sólo son detectados 10-20% de casos.
- La edad de los menores no constituye por sí misma un factor de riesgo; aunque 12-14 años mayor incidencia. 0-2 años mayor prevalencia.
- La negligencia, el maltrato emocional y maltrato físico son los maltratos más frecuentes.
- El sexo de las víctimas no es determinante, si bien hay una incidencia y prevalencia ligeramente más alta en chicos que en chicas.

En cuanto al tipo de maltrato:

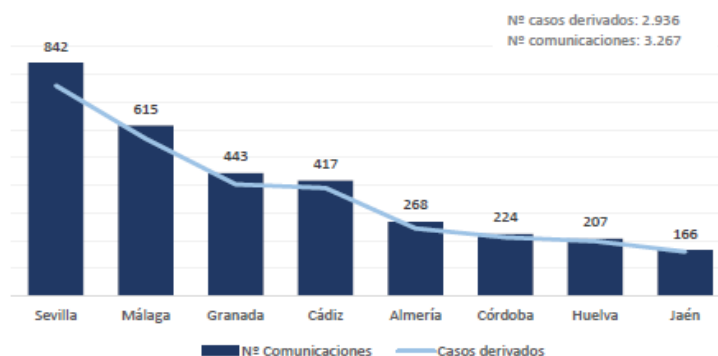
- Los chicos sufren más maltrato físico y negligencia.
- Las chicas sufren más abuso sexual y maltrato emocional.
- Lo habitual es que no se dé un solo tipo de maltrato, sino varios tipos de maltratos simultáneos.
- Es característico que el maltrato sea reiterado.
- Aproximadamente el 15% de todos los casos confirmados de maltrato infantil están relacionados con la agresión sexual (Bonner, 1999).

Gráfico 6. Distribución de las notificaciones de maltrato infantil según tipología de maltrato. Andalucía, 2019



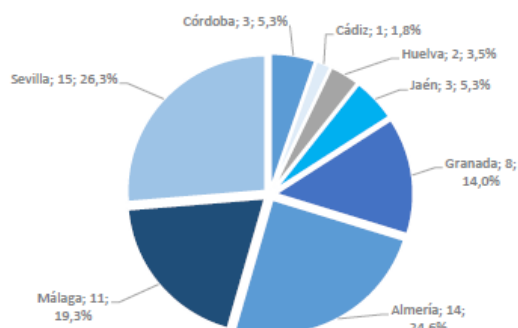
Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Dirección General de Infancia. 2020.

Gráfico 1. Número de comunicaciones y casos derivados de maltrato infantil según provincia. Andalucía, 2019



Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Dirección General de Infancia. 2020.

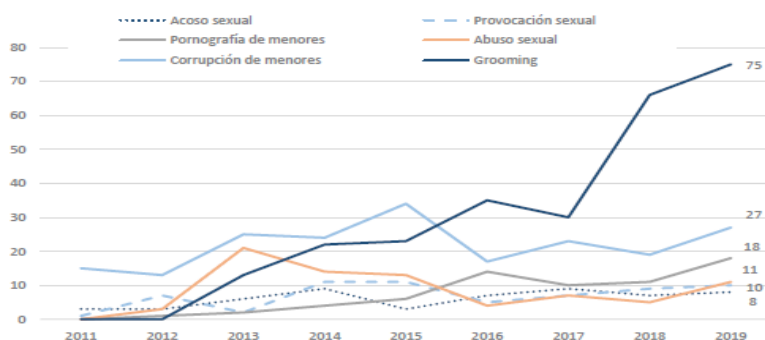
Gráfico 11. Distribución provincial del número de personas menores de 18 años cuyas madres han sido asesinadas por violencia de género. Andalucía, 2013-2020*



* Datos hasta el 31 de julio de 2020.

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del Boletín Estadístico mensual julio 2020 de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Datos actualizados hasta el 31/07/2020.

Gráfico 14. Evolución del número de chicas victimizadas según tipo de ciberdelito sexual. Andalucía, 2011 - 2019



Nota: De los delitos sexuales quedan excluidas las agresiones sexuales con/sin penetración y los abusos sexuales con penetración.
Fuente: Ministerio del Interior, Secretaría de Estado y Seguridad, Portal Estadístico de Criminalidad, Cibercriminalidad, 2020.

Al igual que ocurre con otros maltratos como la violencia de género o el maltrato al menor; el personal sanitario se encuentra en una posición ideal para la detección de las situaciones de violencia. Por ello, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, cuenta también para el maltrato infantil con un protocolo de actuación desde los servicios de salud, donde se detalla nuevamente la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la confirmación o sospecha de maltrato a un/una menor.

5. Programas de Promoción de la Salud en el Distrito Costa del Sol

Prevención y abordaje de la obesidad infantil

Para tratar de dar respuesta al problema del exceso de peso en la población infantojuvenil en Andalucía, desde la Junta de Andalucía se diseñó en 2007 el Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN) implementado en todo el territorio desde 2011 hasta la actualidad.

Entre los objetivos del Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN) destacan:

1. Mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con problemas de exceso de peso y sus familias.
2. Disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con sobrepeso u obesidad.

3. Potenciar la adquisición de hábitos saludables en alimentación, ejercicio físico y evitación del sedentarismo en toda la población, especialmente entre niños/as y adolescentes.

La prevención y abordaje de la obesidad infantil, se realiza en los centros sanitarios de DSAP Costa del Sol, que incluye varias consultas programadas en la línea de prevención y atención a la obesidad infantil.

En 2024 en el DSAP Costa del Sol se realizaron 2316 consultas a 1631 pacientes en Intervención avanzada individual, de las cuales 178 fueron realizadas entre los centros sanitarios San Miguel y La Carihuella. Y en los centros sanitarios de DSAP Costa del sol, se realizaron 288 consultas a un total de 262 pacientes en Intervención avanzada grupal.

PIOBIN, Intervenciones avanzadas, 2024

Centro	Int. Avanzada Individual		Int. Avanzada Grupal	
	Nº PACIENTES	Nº CONSULTAS	Nº PACIENTES	Nº CONSULTAS
La Carihuella	116	239		
San Miguel	62	105		
Total centros DSAP Costa del Sol	1.631	2.316	262	288

Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gobierno del Dato, 2024.

Prevención y abordaje del tabaquismo

El Distrito de Atención Primaria Costa del Sol, está adherido a la RASSELH, tiene el compromiso público para desarrollar de manera eficiente las funciones de pertenencia a la red que supone el control del tabaquismo.

En 2024 entre los centros de salud La Carihuella y San Miguel, se realizaron 1510 intervenciones en la cesación básica y de forma más específica 800 intervenciones avanzadas multicomponente que combinaron el abordaje cognitivo-conductual, en las que se trabaja la dependencia psicológica y social del tabaco; siguiendo como guion el algoritmo de la EPSP y la propuesta de intervención basada en la regla de las 5 As y los distintos métodos de ayuda.

Los abordajes están diferenciados según la etapa de la vida, situación socioeconómica o las enfermedades crónicas de base.

El centro de salud La Carihuella, desde 2023 tiene y mantiene el nivel de acreditación máximo Oro, según los estándares de la ENSH-Global asumidos por la RASSELH.

Los centros sanitarios de La Carihuela y San Miguel, realizan actividades comunitarias de prevención y promoción dentro del Marco del Día mundial sin tabaco a lo largo del año, con mesas informativas y talleres prácticos en días emblemáticos relacionados con los hábitos saludables (Día mundial sin tabaco, Riesgo vascular, EPOC, Semana sin humo, etc.).

PITA D Costa del Sol, Intervenciones básicas por situación de paciente realizadas, 2024

DSAP COSTA DEL SOL. PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO. INTERVENCIONES BÁSICAS														
CENTRO	Nº DE INTERVENCIONES	FUMADOR	EX FUMADOR				NO FUMADOR				DESCONOCIDO			
			SI	NO	NS/NC	TOTAL	SI	NO	NS/NC	TOTAL	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CAP_La Carihuela	917	508	25	173	17	215	13	102	66	181	10	3	0	13
CAP_San Miguel	593	297	4	31	49	84	14	31	136	181	25	6	0	31
Total en DSAP Costa del Sol	10.000	5.260	197	953	341	1.491	213	1.795	1.104	3.112	69	64	4	137

© 2025 Subdirección Técnica Asesora de Gobierno del Dato

PITA D Costa del Sol, Intervenciones avanzadas realizadas, 2024

DSAP COSTA DEL SOL. PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO. INTERVENCIONES AVANZADAS		
CENTRO	Nº ACTUACIONES GRUPALES	Nº ACTUACIONES INDIVIDUALES
CAP_La Carihuela	254	145
CAP_San Miguel	25	376
Total en DSAP Costa del Sol	1.527	4.808

© 2025 Subdirección Técnica Asesora de Gobierno del Dato

Promoción de hábitos de vida saludables en los centros educativos del municipio de Torremolinos

Los Centros de Salud de San Miguel y Carihuela, colaboran estrechamente con los Centros educativos del municipio de Torremolinos en el marco del Programa de Promoción de Hábitos de Vida Saludable en el entorno educativo, fruto de un convenio de colaboración entre las Consejerías competentes en Salud y Educación.

Este programa tiene como fin desarrollar en el alumnado, pero también en el resto de la comunidad educativa, actitudes, conocimientos y habilidades que favorezcan la elección de estilos de vida saludables.

Este programa está destinado a todos los centros docentes de Andalucía sostenidos con fondos públicos, que atienden a alumnado tanto de Educación Infantil como de Primaria y Secundaria, y también colaboran otros organismos como la Consejería de Agricultura, Pesca, Agua y Desarrollo Rural (Programa Escolar de Consumo de Frutas, Hortalizas y Leche), y el Instituto Andaluz de la Juventud (Programa Mediadores en Salud), así como asociaciones locales y técnicos de los Ayuntamientos.

Las Enfermeras Referentes de Centros Educativos de cada uno de los Centros de Salud, son las profesionales encargadas de desarrollar este programa, y para ello, al inicio de cada curso, se reúnen con responsables de cada Centro Educativo para identificar las prioridades y planificar las actividades que se van a realizar durante todo el curso.

En el siguiente cuadro se puede observar la actividad que se desarrolló durante el curso 2023-2024, en los centros educativos de Torremolinos: la mayoría de las intervenciones consisten en talleres que se realizan en el aula, con el alumnado, en temas como estilos de vida saludable, educación emocional, uso positivo de las TIC, sexualidad y relaciones igualitarias, así como prevención del consumo de sustancias adictivas. En Secundaria, los IES que se inscriben al programa de Promoción de Hábitos Saludables, también tienen la opción de ofrecer al alumnado un espacio individual o de pequeño grupo, para que puedan consultar dudas y recibir información personalizada, a través de la modalidad de Asesoría. Los talleres de Primeros Auxilios, también se suelen ofrecer a las familias y el profesorado.

PROGRAMA	CONTENIDO	N.º INTERV.	ASISTENTES
PRIMARIA	Estilos de vida saludable	42	950
	Autocuidados y Accidentalidad	86	1988
	Uso Positivo de las TIC	10	232
	Prevención del consumo de sustancias adictivas	18	414
SECUNDARIA	Educación emocional	12	318
	Estilos de vida saludable	39	1031
	Sexualidad y relaciones igualitarias	75	1927
	Prevención del consumo de sustancias adictivas	40	1084
	Asesorías	90	90
	Talleres de primeros auxilios	25	632
TOTAL		437	8.666

Fuente: Sistema de Registro Ottawa.

6. Conclusiones sobre factores determinantes de la salud y estilos de vida

Alimentación y actividad física

La prevención y promoción de la salud ofrece instrumentos para la adquisición de estilos de vida saludables, que conducen a ganancias de salud a un coste mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de los grupos de riesgo y de las enfermedades asociadas.

Los cambios tecnológicos y socioculturales han influido en el descenso de la actividad física en casa, trabajo, transporte, ocio, etc., desplazándola de la vida cotidiana, y han hecho de la inactividad física y el sedentarismo un problema de salud pública relacionado con la carga de morbilidad y mortalidad de gran magnitud.

Salud sexual

- El constante incremento de los casos de Infecciones transmisiones sexual (ITS), lo convierten en un problema de salud pública de primer orden.
- Desde el punto de vista preventivo, es necesario abordar los obstáculos sociales para el uso del preservativo, así como las falsas creencias que existen en relación a las prácticas y supuestos grupos de riesgo.
- Un gran número de adolescentes y preadolescentes de nuestro entorno están expuesto a los modelos de sexualidad y relación interpersonal que exhibe y difunde el mundo de la pornografía. Esta realidad requiere que intervengamos tanto desde las familias como desde las instituciones encargadas de la educación de nuestros menores.

Tabaquismo

La epidemia de tabaquismo es el principal problema de salud pública a nivel mundial. Una de las principales causas de muerte, de enfermedades y empobrecimiento. Es un factor de riesgo o etiológico de múltiples patologías. Así mismo es la primera causa identificada de mortalidad y morbilidad evitable en Andalucía, constituyendo la exposición pasiva al humo de tabaco ajeno (el tabaquismo pasivo) la tercera.

El tabaco tiene relación con las situaciones socioeconómicas desfavorecidas y con el consumo de otras sustancias, especialmente el cannabis entre los jóvenes. Supone un retroceso en la desnormalización del consumo del tabaco los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina (DSLN), comúnmente conocidos como cigarrillos electrónicos, pipas de agua o tabaco calentado.

El consumo de tabaco no es un vicio, ni un hábito, sino una enfermedad crónica y recurrente. Más del 80% del humo de segunda mano es invisible y tiene efectos tóxicos en las personas.

Violencia de Género

La Violencia de Género, es un importante factor de riesgo de enfermedad y muerte en la Costa del Sol, evidenciado entre otros por el alto volumen de partes judiciales emitidos desde Servicios Públicos de Salud por este motivo.

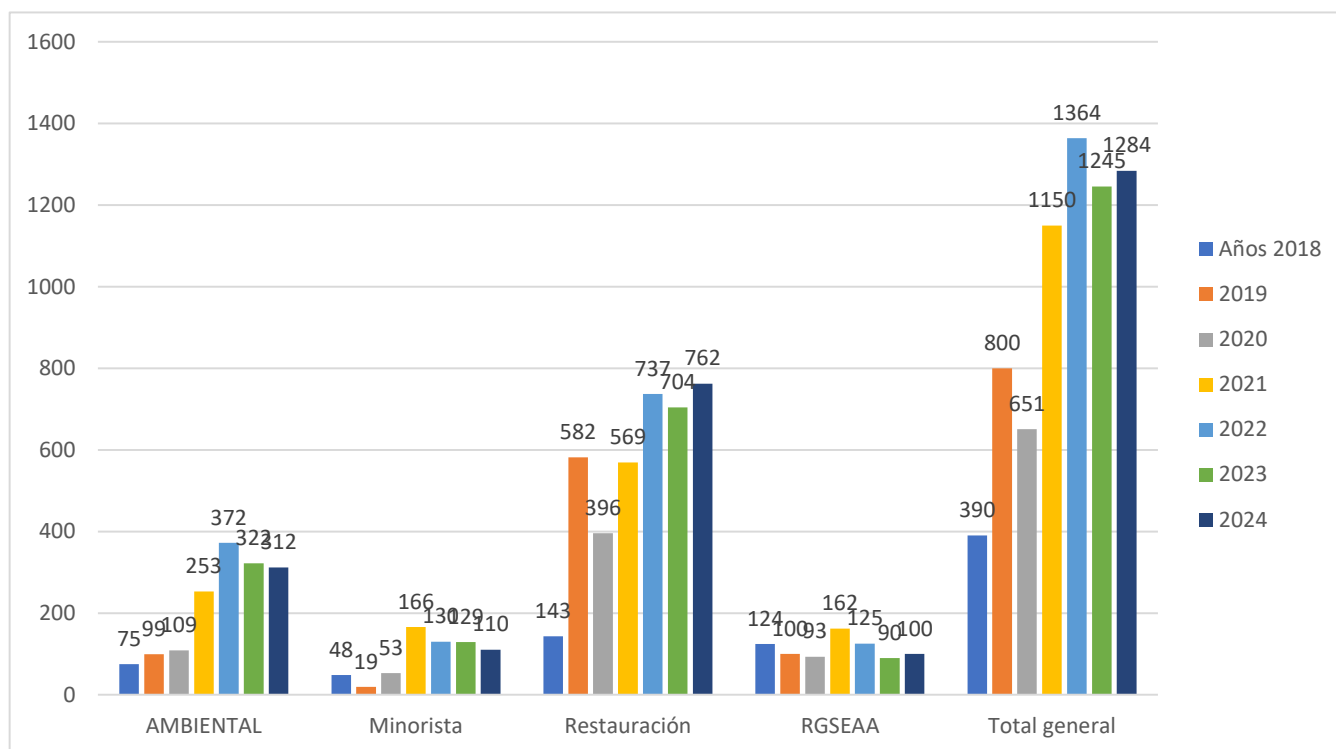
Desde la Consejería de Salud y por ende desde el Distrito Sanitario de la Costa del Sol, se ha priorizado la lucha contra la violencia de género a mujeres y sus hijos, que nos obliga a un trabajo conjunto y coordinado con los municipios RELAS frente este grave problema de Salud Pública.

❖ Bloque V. Unidad de Protección de la Salud.

El informe de salud del municipio de Torremolinos se realiza mediante la evaluación de los diferentes planes y programas que se aplican por parte de la Unidad de Protección de la Salud del DAP Costa del Sol. Estos planes y programas incluyen las actuaciones realizadas tanto en ámbito ambiental como alimentario.

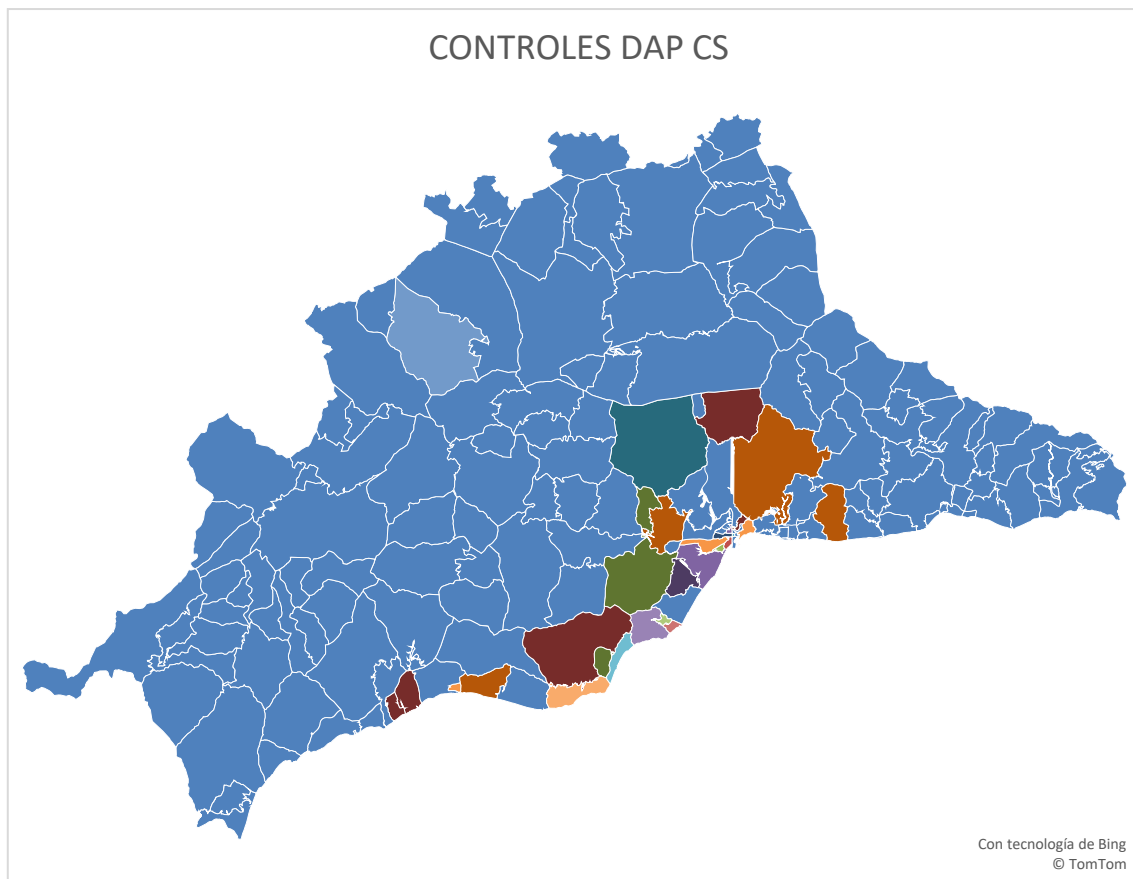
En los gráficos que se muestran a continuación se puede evaluar las actuaciones realizadas en el marco de Protección de la Salud y como estas van incrementándose en los últimos años, debido principalmente al aumento en el número de recursos personales y organizativos de la Unidad.

1.- Actuaciones realizadas entre los años 2018-2024:



Como se puede observar que existe una tendencia al alza claramente, haciéndose más importante desde 2022.

2.- Mapa que representa el número de actuaciones por municipios en 2021:



SEGURIDAD ALIMENTARIA

El número de establecimientos alimentarios censados actualmente en el municipio de Torremolinos son 1320; aunque es un censo en constante movimiento; destacan en mayor medida establecimientos de restauración y alojamientos turísticos.

No obstante, este censo no se puede considerar actualizado ya que existe una gran variabilidad motivada principalmente por el número de establecimientos tan elevado que hay en el municipio, muchos de ellos que de manera continúan cambian de titularidad, cierran y/o abren, en algunos casos, sin realizar la preceptiva comunicación de actividad a la autoridad sanitaria.

Los controles sanitarios que se llevan a cabo por la Unidad de protección de la Salud se realizan siguiendo dos criterios:

El primer criterio es la realización de inspecciones programada en base a una clasificación de riesgo previa que se realiza a propuesta de las direcciones de las Unidades y siguiendo los criterios establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Consejería.

Un segundo criterio realizando actuaciones de oficio derivadas principalmente por:

- 1.- Denuncias.
- 2.- Alertas sanitarias que involucran establecimientos alimentarios.
- 3.- Brotes o alertas generadas por toxiinfecciones alimentarias producidas en establecimientos públicos.
- 4.- En el marco del registro sanitario de establecimientos a petición del interesado tras comunicar la puesta en marcha de un nuevo establecimiento.

En los puntos dos y tres se pueden incluir las enfermedades de declaración obligatoria relacionadas directamente con una fuente común alimentaria, en esta situación cuando aparece un caso cuya declaración es obligatoria se generan actuaciones urgentes por parte de la Unidad de Protección de la Salud, investigando los establecimientos que puedan estar relacionados con los casos.

Entre estas enfermedades podemos destacar dos principalmente por el riesgo que supone para la salud como son: Listeriosis y Salmonelosis.

Principalmente, las alertas mas abundantes en el ámbito alimentario son gastroenteritis cuyo origen suele ser desconocido aunque se apunta a un origen vírico y que se producen en comedores colectivos, como residencia de mayores, hoteles...

Además, de la realización de controles sanitarios existen otros programas de actuación en el ámbito alimentario, destacando el que se realiza en los comedores escolares denominado Programa EVACOLE; el cual realiza un estudio Nutricional y Presencial tanto del comedor como del menú escolar que se propone a los niños.

Como conclusión general, se puede indicar que en todas las actuaciones se observa un alto grado de compromiso por parte de los responsables, haciendo especial hincapié en los comedores colectivos y mas específicamente en los comedores de los colegios y los catering que sirven la comida, no encontrando en la mayoría de los casos incidencias o no conformidades que no se hayan subsanado en visitas posteriores.

SANIDAD AMBIENTAL

- Establecimientos con instalaciones de probabilidad de proliferación de Legionella.

La legionelosis es una enfermedad bacteriana de origen ambiental provocada por una bacteria denominada Legionella, dicha enfermedad suele estar asociada a dispositivos y sistemas que utilizan el agua a temperaturas que permiten la proliferación de la bacteria, pero además producen aerosoles durante su funcionamiento.

Hay muchos factores en los circuitos hidráulicos que favorecen la proliferación de la bacteria como las variaciones de temperatura, la presencia de biofilms o biocapas, las incrustaciones calcáreas..., etc.

Es por ello, que desde la Unidad de Protección de la Salud se controlan todos aquellos establecimientos que disponen de instalaciones con probabilidad de proliferación de Legionella para garantizar el cumplimiento de la normativa sanitaria de aplicación, Real Decreto 487/2022, de 21 de junio, por el que se establecen los requisitos sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.

El número de establecimientos controlados bajo el Programa de establecimientos con instalaciones de riesgo de Legionella en el municipio de Torremolinos es de 99.

Las principales instalaciones objeto de aplicación de la normativa sanitaria:

1.- Sistemas de agua fría de consumo humano y agua caliente sanitaria: este tipo de instalaciones son las mayoritarias y se incluyen en el grupo de instalaciones de riesgo de Legionella, se encuentran principalmente en establecimientos turísticos y también, aunque en menor medida en instalaciones deportivas y sanitarias.

2.- Jacuzzis o bañeras de hidromasajes: en los últimos tiempos se han incrementado el número de instalaciones de este tipo, encontrándose principalmente en alojamientos turísticos y centros de ocio (SPA)

3.- Instalaciones que anteriormente se consideraban de menor riesgo de Legionella pero que en la actualidad y tras los estudios realizados se consideran responsables de muchos de los casos relacionados con esta enfermedad, destacando principalmente:

- Riego por aspersión, a tener en cuenta principalmente cuando afecta a zonas urbanas, campos de golf...

- Instalaciones para el lavado de coches.

- Fuentes ornamentales.

- Y, por último, aunque en menor medida por la climatología propia de la zona, los elementos de climatización por agua pulverizada en establecimientos públicos.

En la evaluación realizada con respecto a las actuaciones de los últimos años, se han inspeccionado todos los establecimientos anteriormente indicados.

No se han detectado grandes incidencias durante las inspecciones y/o supervisiones realizadas y en la mayoría de los casos, se han subsanado de forma adecuada, sólo en ocasiones muy puntuales, y principalmente por no atender a los requerimientos que se han realizado en las inspecciones, se ha procedido a proponer la incoación de expediente sancionador.

Además de las actuaciones de inspección programadas es importante destacar que la legionelosis es una enfermedad de declaración obligatoria figurando, como tal, en el anexo I del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, siendo objeto de notificación a través de dicha red, lo que permite la recogida y análisis de la información sobre casos y brotes de legionelosis con el fin de poder detectar problemas, valorar los cambios en el tiempo y en el espacio y contribuir a la aplicación de medidas preventivas y de control frente a dicha enfermedad.

En el periodo evaluado se han declarado brotes de Legionelosis asociados a establecimientos del municipio, pero lo mas destacado son los casos comunitarios que han ido apareciendo de manera periódica.

Todos los casos y brotes se han investigado, realizando actuaciones tanto en domicilios particulares como en establecimientos públicos y proponiendo las medidas correctoras necesarias para eliminar o disminuir el riesgo sanitario.

Las principales actuaciones a realizar desde la Administración Sanitaria cuando se declara un caso, un cluster o un brote de legionelosis van dirigidas principalmente a identificar las instalaciones que hayan podido causar la enfermedad, principalmente todas aquellas que tengan incidencia en el ambiente exterior y que pueda afectar a la población en general; comenzando por torres de refrigeración y/o condensadores evaporativos, fuentes ornamentales, riego por aspersión e incluso lavaderos de coches en el radio de incidencia determinado.

- Valoración de las instalaciones de riesgo que existen en las proximidades del domicilio o del lugar trabajo del caso que previamente se ha identificado en la encuesta epidemiológica; empezando por las instalaciones de alto riesgo, como TTRR o Condensadores evaporativos.

- Una vez descartadas las instalaciones de mayor riesgo se procede a realizar un estudio de las de menor riesgo, entre las que se incluyen fuentes municipales, riego por aspersión y lavado de coches, entre otras. Las instalaciones de lavados de coches últimamente han generado muchos problemas relacionado con la Legionella y se han incluido como prioridad en el programa de control anual propuesto por la Junta de Andalucía, por lo que se revisan e inspeccionan todas las instalaciones de manera programada.
- Una vez evaluadas las instalaciones exteriores, se realiza visita de control a los domicilios particulares, realizando revisiones tanto de las instalaciones de agua fría de consumo humano, en la que se incluyen los aljibes comunitarios como las instalaciones de agua caliente sanitaria que en la mayoría de los casos son particulares de los domicilios.

Las principales conclusiones derivadas de las investigaciones realizadas en el municipio de Torremolinos en relación a las instalaciones de agua con riesgo de proliferación de Legionella son las siguientes:

- 1.- Los resultados de las inspecciones realizadas durante la investigación de los casos fueron variables; encontrando de manera general instalaciones con los procedimientos y protocolos correctamente establecidos y controlados.
- 2.- Las fuentes municipales disponen de sistemas de desinfección adecuados a la normativa.
- 3.- En los domicilios particulares se encuentran deficiencias muy similares en las instalaciones interiores comunitarias; principalmente asociadas a deficiencias en los mantenimientos de los aljibes comunitarios que no suelen tener control de desinfectante lo que genera que en muchos casos el agua que llega a las viviendas no dispone de niveles adecuado de cloro residual libre; por otro lado deficiencias en la limpieza y desinfección que no se realiza anualmente.

Con respecto al agua caliente, los principales problemas son derivados de la temperatura de agua caliente sanitaria que en muchas ocasiones se encuentra a niveles inferiores de los recomendados en la normativa sanitaria.

En todos los casos, es importante destacar la necesidad de realizar limpiezas y mantenimientos de las instalaciones adecuados, además de mantener la temperaturas elevadas y se insta a realizar una limpieza y desinfección de las redes interiores de los establecimientos.

Como dato a destacar en este ámbito es la proliferación de apartamentos turísticos que sin mantener una regularización adecuada genera una dificultad a la hora de realizar una vigilancia sanitaria adecuada de estos establecimientos.

Programa de zonas de baño

Las zonas de agua de baño pertenecientes al municipio de Torremolinos e incluidas en el censo de zona de aguas de baño nacional dentro del programa NÁYADE son las que se detallan a continuación:

- 1.- Playa de Bajondillo
- 2.- Playa de Carihuela
- 3.- Playa de Los Álamos
- 4.- Playa de Playamar

De las 4 zonas de baño la playa de La Carihuela y la playa de Playamar disponen de dos puntos de muestreo diferentes debido al tamaño de las zonas de baño y a la afluencia de bañistas.

Estas zonas están incluidas en el programa de muestreo de agua de baño realizado a nivel nacional, este programa incluye 9 muestras anuales programadas de manera quincenal entre los meses de mayo y septiembre coincidiendo con la temporada de baño de Andalucía y además una muestra adicional que se realiza previa a la Semana Santa.

Durante los muestreos se comprueban dos tipos diferentes de parámetros:

- Parámetros visuales en el momento de la recogida de las muestras y que incluye: temperatura, transparencia, color, presencia de medusas, aceites minerales, sustancias tensioactivas, residuos plásticos, cauchos o residuos orgánicos, maderas y algas.

- Parámetros microbiológicos que se analizan en el Laboratorio de Salud Pública de Málaga y que incluye E. Coli y Enterococos intestinales principalmente relacionados con la contaminación fecal.

Además de las muestras programadas se realizan muestras extraordinarias derivadas de la detección de incidencias tanto de parámetros microbiológicos como de parámetros visuales y de la detección o comunicación de vertidos al mar.

En el marco del programa de muestreo de zonas de baño de Torremolinos, no se observan incidencias reseñables en los últimos años, las mas relevantes son:

- Presencia de algas, principalmente pardas que se presentan en determinadas épocas del año de forma abundante en toda la costa malagueña y que generan problemas de calidad de aguas de baño.
- Presencia de medusas que en determinados momentos del año pueden encontrarse en un número muy elevado.
- Problemas derivados del saneamiento integral: problemas de contaminación microbiológica relacionados con vertidos procedentes de problemas con el saneamiento integral de la Costa del Sol.

Como se observa en la fotografía, este saneamiento se distribuye a lo largo de toda la línea de playas de la Costa del Sol.



El estado de las conducciones destinadas al saneamiento integral además de ser antiguas, han sufrido mucho por lo temporales que acontecen asiduamente a la costa produciendo una situación complicada para los colectores, que en muchas ocasiones sufren roturas o pérdidas que generan vertidos directamente al mar, provocando incidencias.

Agua de consumo humano

El agua de consumo humano que abastece el municipio de Torremolinos se gestiona a través de la empresa Aguas de Torremolinos, que es una empresa mixta entre el Ayuntamiento de Torremolinos y la empresa Hidralia.

- Dispone de recursos hídricos propios formados por 7 captaciones.

☐	ASTOSAM-TORREMOLINOS-MANANTIALES III	366	Málaga	1.057
☐	ASTOSAM-TORREMOLINOS-MANANTIALES II	365	Málaga	1.268
☐	ASTOSAM-TORREMOLINOS-CERRO DEL TORIL	363	Málaga	0.528
☐	ASTOSAM-TORREMOLINOS-PINILLO III	362	Málaga	1.558
☐	ASTOSAM-TORREMOLINOS-PINILLO I	360	Málaga	2.498
☐	ASTOSAM-TORREMOLINOS-SAN JOSE III	359	Málaga	0.966
☐	ASTOSAM-TORREMOLINOS-SAN JOSE II	358	Málaga	1.242

- Por otro lado, las infraestructuras principales de la zona de abastecimiento incluyen 8 depósitos de regulación y/o distribución de agua y una única red de distribución.
- Hay que destacar que como apoyo en determinadas épocas del año dispone de conexión a la red de abastecimiento de agua gestionada por ACOSOL y que proviene de la ETAP de Río Verde, con agua procedente del embalse de la Concepción y en menor medida, de la desaladora de Marbella.

Infraestructuras de abastecimiento

SUR



La gestión del agua es un reto que en los últimos años y debido a la sequía se ha vuelto más complicado si cabe, por eso es muy importante realizar una gestión eficaz de los recursos y fomentar otros sistemas de obtención de agua, principalmente con la promoción del uso de aguas regeneradas en aquellas instalaciones que generan un alto consumo como pueden ser, son piscinas, riego de parques y jardines y campos de golf.

Piscinas de uso colectivo:

La gestión de las piscinas de uso colectivo en el municipio de Torremolinos dificulta disponer de un censo actualizado y realizar los controles necesarios para garantizar que se adecúen a la normativa sanitaria, principalmente las piscinas de las Comunidades de Propietarios.

No obstante, se realizan controles programados con mayor incidencia en las piscinas públicas, tanto municipales como las pertenecientes a alojamientos turísticos encontrando numerosos incumplimientos tanto estructurales como de mantenimiento, aunque en general; se subsanan en los plazos establecidos.

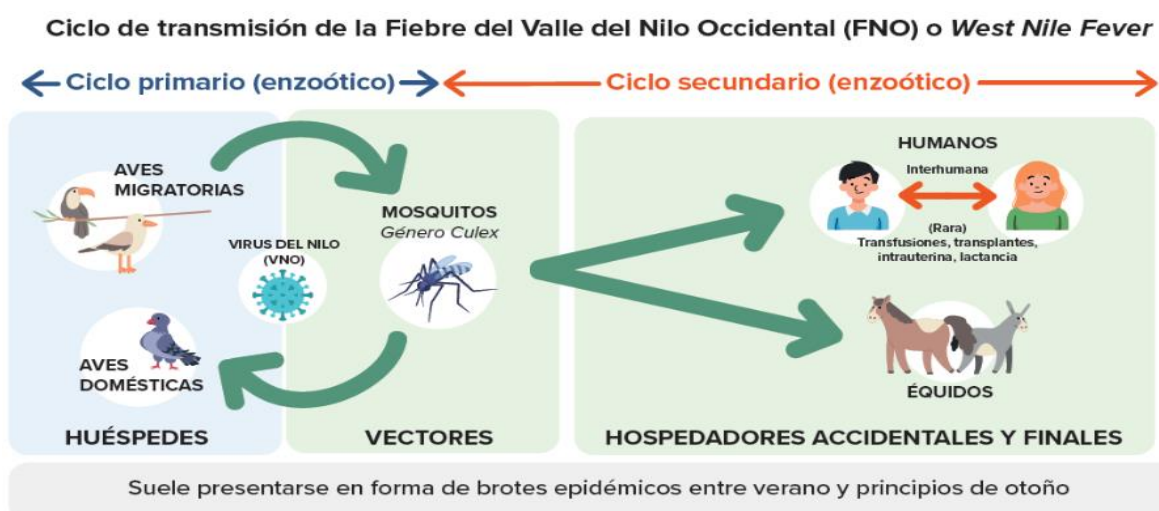
**Cambio climático y la incidencia en vectores que afectan a la salud de la población,
haciendo especial incidencia en el Virus del Nilo Occidental.**

La presencia de vectores que, debido al cambio climático, a la globalización y la modificación de diferentes habitats están proliferando de manera incontrolada en zonas de nuestro entorno es preocupante, máxime cuando los efectos pueden afectar a la salud de la población.

En algunos casos, estos vectores transmiten una diversidad importante de enfermedades algunas de ellas graves que ha generado la necesidad de implantar programas específicos para el control, siendo el más importante el realizado para el Virus del Nilo Occidental.

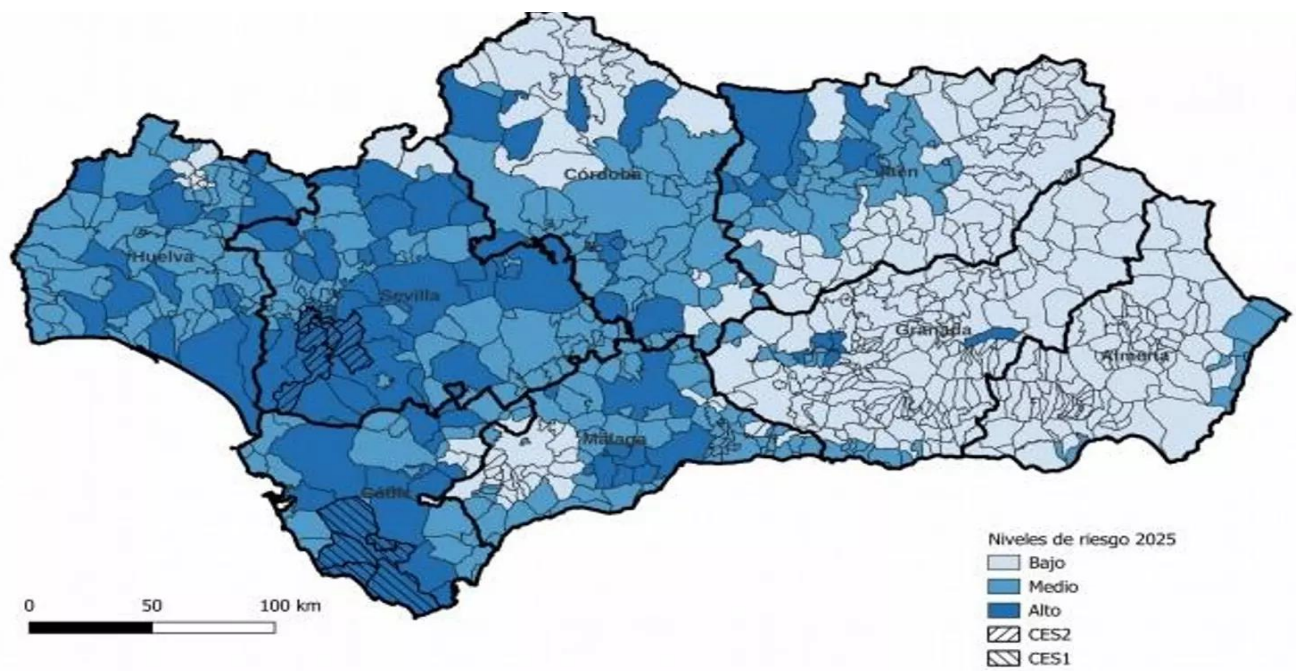
LA Fiebre del Nilo Occidental es una zoonosis, es producida por un virus de la familia Flavivirus y se da principalmente en aves; los vectores principales son los mosquitos de la familia Culex, el mosquito común.

El mosquito transmite la enfermedad desde un ave infectada hasta los équidos o los humanos, produciendo en algunos casos enfermedades como meningitis, encefalitis y parálisis flácida llegando incluso a provocar la muerte.



Por ello, para controlar la enfermedad es necesario controlar la población de mosquitos, para ello en Andalucía se ha publicado el Programa de Vigilancia y Control de Vectores de la Fiebre del Nilo Occidental y se ha publicado un nuevo mapa de riesgo.

Tras la actualización del mapa de riesgo se ha establecido para Torremolinos el nivel de riesgo medio.



Las actuaciones principales que recoge el programa van encaminadas a mantener una vigilancia tanto a nivel municipal como comunitario en diferentes ámbitos:

- 1.- Vigilancia ambiental: identificando los principales focos donde se pueda producir la proliferación de mosquitos.
- 2.- Vigilancia entomológica o vectorial: se han repartido por todo el territorio andaluz mas de un centenar de trampas para atrapar e identificar mosquitos.
- 3.- Vigilancia animal: centrada principalmente en aves y caballos.
- 4.- Vigilancia humana: La FNO es una enfermedad de declaración obligatoria y urgente, de manera que cualquier caso detectado en Andalucía supone una alerta sanitaria.

Además, se deberán realizar actuaciones dirigidas a disminuir la población de vectores, especialmente los mosquitos que transmiten esta enfermedad.

Las actuaciones principales deben ir encaminadas a realizar un análisis de situación, mantener la vigilancia de los arroyos u evitar la proliferación de zonas con agua estancada y en todo caso combinar tratamientos químicos con otras medidas correctoras, todo ellos establecido en un Plan Municipal de Vigilancia y Control Vectorial.

Nivel de riesgo	Acciones
Medio	Administración local: • Establecer un Plan Municipal de Vigilancia y Control Vectorial⁶ (PMVCV) con las siguientes características: - <u>Ámbito de actuación: principalmente zonas pobladas y zonas rurales transitadas.</u> - La vigilancia entomológica debe basarse en la densidad poblacional de los focos larvarios y presencia de adulto potencialmente transmisoras de VNO. Plan de comunicación de los ayuntamientos a la ciudadanía de las medidas preventivas antes del inicio de la temporada alta y durante la misma. Administración sanitaria: • Asesoramiento técnico, evaluación del PMVCV y colaboración con los ayuntamientos. • Verificación de actuaciones relacionadas con el nivel de riesgo del municipio. • Vigilancia humana. • Vigilancia entomológica, en su caso. Administración competente en agricultura y medioambiente/otros organismos: • Vigilancia animal.

CONCLUSIONES CUALITATIVAS

- En general, se están incrementando de manera significativa el control sanitario de los establecimientos alimentarios de Torremolinos, teniendo especial incidencia en las industrias de origen animal, comedores colectivos, principalmente escolares y establecimientos de restauración colectiva.
- Es necesario destacar que el censo establecimientos alimentarios no se encuentra actualizado; existiendo gran variabilidad e inestabilidad, principalmente en los minoristas y establecimientos de restauración, lo que incide en la dificultad de disponer de información adecuada sobre el tipo y número de establecimientos reales en el municipio para llevar un control sanitario adecuado.
- El número de establecimientos con instalaciones de riesgo de Legionella es elevado pero el control sanitario establecido garantiza que en la mayoría de los casos dispongan de procedimientos muy interiorizados y desarrollados, aunque con la reciente modificación de la normativa sanitaria y el número de casos de Legionella que a lo largo del año se declaran asociados con establecimientos o estancias en el municipio hace necesario reforzar los controles sanitarios y la formación.
- El control sanitario de las fuentes municipales y del riego por aspersión debe ser prioritario.
- En relación, con las aguas de baño, no existen incidencias destacables, aunque se deberá valorar la posibilidad de realizar actuaciones centradas en la eliminación de algas o medusas, si fuera necesario. Por otro lado, se considera necesario seguir trabajando en la detección precoz y subsanación de problemas derivados de saneamiento integral o vertidos ilegales con objeto de evitar la contaminación de las aguas de baño principalmente en la temporada de baño.
- La proliferación de vectores y las diferentes zoonosis que puedan producirse derivado de esto son un reto prioritario y que debemos tener en cuenta como principal foco de control.